



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

José Filipe Figueiredo Ali-Can

LISBOA, Abril de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por José Filipe Figueiredo Ali-Can

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, Abril de 2011

RESUMO

Este relatório pretende fazer uma descrição, análise e reflexão das actividades desenvolvidas ao longo do estágio do Curso de Mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se realizou no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Portuguesa. Reporta-se assim ao período entre 19 de Abril e 19 de Novembro de 2010.

O estágio é composto por 3 módulos, I, II e III. O módulo I refere-se ao estágio de Urgência, o qual obtive creditação, o módulo II ao estágio de Cuidados Intensivos, e o módulo III, o estágio opcional, que foi realizado na Comissão de Controle de Infecção.

O relatório procura então descrever de forma objectiva, o processo que se desenvolveu, com o objectivo de adquirir as competências do domínio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como realizar uma reflexão crítica acerca de toda esta experiência e o que a mesma acarretou.

No que se refere ao módulo II, desenvolveu-se essencialmente a prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco, e actividades com vista à melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente a reestruturação da folha de registos de enfermagem, formação em serviço e supervisão de cuidados.

Relativamente ao módulo opcional, CCI, houve um investimento no âmbito da prevenção das IACS, na VE e formação dos pares, tanto a nível de contexto de estágio como em contexto de trabalho.

Como ponto comum aos módulos de estágio realizados, surgiu a constante procura pela melhoria dos cuidados prestados ao doente de médio e alto risco, através da reflexão contínua das práticas tanto no local de estágio como através da transposição dos contributos para o local de trabalho.

Deste modo procurou-se enquadrar o papel do enfermeiro especialista, na promoção e defesa da qualidade nos cuidados prestados.

ABSTRACT

This report aims to make a description, analysis and reflection of the undertaken activities throughout the Masters Course, with a specialization on Medical-Chirurgical Nursing, in Instituto de Ciencias da Saude of Universidade Catolica Portuguesa. It concerns the period from April 19th to November 19th, 2010.

The internship has three modules: I, II and III. Module I refers to the ER internship, on which I got credited; module II refers to the IC internship and module III, the optional internship, was done on the Infection Control Committee.

This report seeks to describe, objectively, the developed process with the purpose to acquire the necessary skills for the Medical-chirurgical nursing specialty, as well as to perform a critical reflection of all the experience lived.

Module II developed the specialized care for medium and high risk patients, and activities to improve the care given, mainly to restructure nursing logs, on the job training and care supervision.

As for the optional module, ICC, there was an investment concerning the IACs prevention, VE and the pairs formation, in an internship context level and also in a work context.

As a common ground to the internship modules taken, there was the constant demand for improving the care given to medium and high risk patients, through the continuous reflection of the practices in the internship site, as well as through the transposition of the contributes to the work place.

This way, one tried to play the role of the specialist nurse promoting and defending care giving quality.

Só tem o direito de criticar aquele que pretende ajudar
(Abraham Lincoln)

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e por compreenderem a minha ausência.

À Professora Rita Marques, bem como à Professora Patrícia Pontífice Sousa pela disponibilidade, apoio e incentivo que demonstraram ao longo deste percurso.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AO	Assistentes Operacionais
ASA	American Society of Anesthesia
BAI	Balão Intra-Aortico
BO	Bloco Operatório
CCI	Comissão de Controle de Infecção
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDI	Cardioversor Desfibrilhador Implantável
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direcção Geral da Saúde
DR	Diário da República
EOT	Entubação Orotraqueal
EPE	Empresas Publicas Empresariais
ERC	European Resuscitation Council
FA	Fibrilhação Auricular
FAP	Força Aérea Portuguesa
FAV	Fistula Artério Venosa
HPV	Hospital Pulido Valente
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN	International Council of Nurses
ITU	Infecção do Trato Urinário
MDP	Modelo de Desenvolvimento Profissional
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OT	Orotraqueal
P	Página
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PCR	Paragem Córdio-Respiratória
PE	Processo de Enfermagem
PNCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções
POPCI	Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção

REPE	Regulamento do Exercício Profissional Do Enfermeiro
SABA	Solução Anti-Séptica de Base Alcoólica
SIECE	Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
TP	Tuberculose Pulmonar
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VAD	Via Aérea Difícil
VE	Vigilância Epidemiológica
XRD-TP	Tuberculose Extensivamente-Resistente

SUMÁRIO

	pag.
O- <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1- <u>UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO</u>	12
1.1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II - UCI.....	12
1.2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III - CCI	25
3- <u>CONCLUSÃO</u>	36
4- <u>BIBLIOGRAFIA</u>	40
ANEXOS.....	45
ANEXO I FOLHA DE ENFERMAGEM.....	46
ANEXO II FOLHETO LIDCORAPID	48
ANEXO III FOLHETO CDI.....	50
ANEXO IV CURSO DE VAD	52
ANEXO V FORMAÇÃO VAD.....	54
ANEXO VI CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO POSTER “ABORDAGEM SISTEMATIZADA DO POLITRAUMATIZADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	58
ANEXOS VII CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO POSTER “CATÁSTROFE – O QUE A PODERÁ DEFINIR”	60
ANEXO VIII MEDIDAS DE ISOLAMENTO – UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTECÇÃO	62
ANEXO IX MEDIDAS DE ISOLAMENTO	66
ANEXO X TABELA DE EPI’S	70
ANEXO XI TABELA DE PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA	72
ANEXO XII TABELA DE PATOLOGIAS COM PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO.....	74
ANEXO XIII SIMPÓSIO “A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS”	77

O - INTRODUÇÃO

Este relatório, surge no âmbito do curso de natureza profissional na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, referindo essencialmente sobre as experiências vividas nos módulos de estágio realizados.

Este trabalho tem como objectivo, descrever e efectuar uma análise crítica das actividades desenvolvidas, face aos objectivos delineados e evidenciar as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo dos estágios.

Neste sentido, através deste relatório, pretendo ao mesmo tempo, contribuir para a avaliação de todo este percurso, bem como proporcionar a oportunidade para efectuar um exercício que possibilite a descrição, análise e reflexão sobre os vários aspectos vivenciados, desde as componentes científicas, teórico-práticas, bem como as relacionais, sendo que todas no seu conjunto, durante este percurso, me permitiram desenvolver e adquirir competências específicas no domínio da enfermagem Médico-Cirúrgica.

No que se refere ao Módulo I – Urgência, o mesmo foi creditado e reconhecido como competências anterior, por possuir experiência profissional de cerca de 10 anos nesta área. Neste serviço para além de prestar cuidados directos e globais ao doente de médio e alto risco também desempenho funções de coordenação, gestão e supervisão, ao assumir a função de Gestor de Balcão. Tenho também colaborado na integração de novos elementos no serviço, bem como de elementos do serviço em outros sectores.

A experiência adquirida ao longo dos anos, tem procurado ser complementada com a minha formação contínua, a qual foi planeada e efectuada de modo a dar resposta às necessidades sentidas

Para o Módulo II (UCI), foi escolhido, o Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital da Luz. Optei por esta unidade por ser polivalente, o que me podia permitir o contacto com variadas patologias e situações, tanto do foro médico como cirúrgico. Outro dos aspectos foi o facto de ser um serviço recente, construído de raiz para este objectivo, o de funcionar como UCI, tendo deste modo características particulares, sobre as quais apenas tinha tido referência na componente teórica, como a presença de luz solar directa, boxes com possibilidade para pressão positiva ou negativa.

O módulo III - Comissão de Controle de Infecção, a escolha do estágio na Comissão de Controlo de Infecção (CCI), foi motivado devido à necessidade sentida em tomar

consciência da complexidade e abrangência desta área, pois devido à sua natureza, ela é transversal a todas as outras. Essa necessidade surgiu durante a componente teórica, tendo esta temática, ao nível disciplinar, suscitado e motivado grande interesse no aprofundamento dos conhecimentos num contexto mais prático, mais operacional. Foi escolhida a CCI do Hospital Pulido Valente, devido ao facto de saber que possuem um plano de Vigilância Epidemiológica implementado, bem como uma dinâmica de serviço muito activa (formação, normas, pareceres, etc.).

O relatório engloba também uma descrição dos objectivos definidos para cada módulo, através dos objectivos específicos traçados, bem como as actividades desenvolvidas com o intuito de atingir esses mesmos objectivos. Deste modo procura-se descrever todo este percurso, o qual fundamenta a aquisição das competências de enfermeiro especialista. Procurando complementar todo este percurso, esta própria fundamentação, será também alvo de uma reflexão, no sentido de reflectir sobre a integração, optimização e operacionalização dessas competências no meu processo de desenvolvimento profissional.

Pretendo assim deste modo, justificar, através das acções realizadas, das respostas direccionadas aos objectivos traçados, das acções desenvolvidas face aos desafios encontrados nestes contextos, de que consegui atingir a prestação de cuidados num campo de intervenção específico de enfermagem, indo ao encontro do que a Ordem dos Enfermeiros preconiza como necessidade formativa direccionada, no âmbito da especialização de conhecimentos, *“O SIECE operacionaliza no MDP sua visão estratégica de aprofundar os conhecimentos em Enfermagem em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados (...)”* (OE, 2009, p. 4)

Este trabalho foi elaborado tendo em conta a cronologia curricular dos módulos de estágio, as actividades desenvolvidas em cada um deles, tendo como final uma reflexão, onde pretendo descrever o modo como todo este processo de aprendizagem influenciou e se reflectiu no meu crescimento pessoal e profissional, e o qual o impacto futuro que poderá ter no meu percurso, ser enfermeiro especialista. Ao longo da descrição das actividades desenvolvidas, irei também reflectir sobre as implicações que as mesmas tiveram na minha prestação de cuidados, em ambos os meus actuais locais de trabalho (SU-HSFX e Base Aérea nº 6, FAP)

A metodologia utilizada para a realização do relatório foi a pesquisa bibliográfica, utilizando recursos como a internet, através de bases de dados como a Scielo, Lilacs, a base de dados disponível no site da Ordem dos Enfermeiros, bem como pesquisa em bibliotecas. Esta pesquisa bibliográfica, proporcionou-me a base científica para efectuar a reflexão contínua da prática, fundamentando e descrevendo as actividades desenvolvidas, segundo os objectivos delineados para os diferentes campos de estágio, de modo a atingir as competências científicas, técnicas e humanas.

A sistematização estrutural deste trabalho compreende a descrição, análise e reflexão das actividades desenvolvidas nos módulos II e III, através de conteúdos que na minha perspectiva são importantes para a percepção do estágio desde os objectivos traçados, as actividades realizadas, identificação de situações/problemas, à sua descrição e análise crítica, bem como estratégias de implementação sugeridas.

Na conclusão salienta-se a análise crítica dos principais aspectos tratados, considerações finais sobre a aprendizagem, principais dificuldades sentidas. Por fim, são apresentadas algumas sugestões no sentido da melhoria dos cuidados.

1- UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

Este estágio, desenvolveu-se em 2 módulos de estágio, pois como já foi referido anteriormente, obtive creditação a um deles, ao módulo I, o de Urgência. Cada módulo de estágio possui uma carga horária de 180 horas, o que perfaz um total de 360 horas.

O estágio pretende desta forma, através dos serviços onde foi realizado, incidir a prestação de cuidados numa determinada área particular, específica, de intervenção de enfermagem, tendo em conta os objectivos desta especialidade. Deste modo, os módulos realizados foram: módulos II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital da Luz e o módulo III – Comissão de Controle de Infecção do Hospital Pulido Valente.

1.1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II - UCI

O Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital da Luz no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.

A UCIP foi inaugurada em Fevereiro de 2007 e, conta actualmente com 8 camas de internamento, divididas em boxes individuais, com uma capacidade total de internamento de 8 doentes. Sendo uma UCIP, a sua ocupação, em termos de patologias é multifacetada, sendo constituída por doentes do foro cirúrgico assim como do foro médico.

Arquitetonicamente, no interior da unidade, todas as Boxes se dispõem em redor, com formato em “L”, do local onde se situa a monitorização central dos parâmetros, bancada de trabalho, rede de computadores, diverso material de uso clínico e stock de medicação.

As unidades de cada doente, as suas boxes, estão apetrechadas com o diverso equipamento necessário para inúmeras situações, como ventilação invasiva, monitorização invasiva, cateterização venosa periférica, consola informática para registos, etc. Uma das boxes, possui também capacidade para isolamento respiratório, com respectiva pressão negativa e uma antecâmara adjacente. Duas das boxes, estão também apetrechadas com canalização própria para permitir a realização de técnicas de diálise.

A nível de recursos materiais, estão presentes também, no espaço físico da unidade equipamento para ecografia, broncofibroscopia, entre outros.

A nível de recursos humanos, possui uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde própria e permanente. A equipa de enfermagem é constituída por 32 enfermeiros distribuídos por 5 equipas em turnos rotativos, uma equipa médica com 6 elementos e uma equipa de AO com 10 elementos.

Como coordenadores de Enfermagem temos 1 Enfermeiro responsável e um 2º elemento de apoio. A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada pelo acolhimento efectuado por toda a equipa, o qual foi excelente, sempre com imensa disponibilidade em todo este processo de formação.

O método de trabalho adoptado na Unidade, é o de enfermeiro responsável. Nele, segundo HESBEEN (2001, p.139) *“cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”*. O enfermeiro presta todos os cuidados ao doente que lhe é atribuído, sendo estes da sua inteira responsabilidade, durante o período do seu turno.

Ao realizar o estágio na UCIP, tinha como objectivo geral a aquisição de conhecimentos, de técnicas, que conduzissem à aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializado neste domínio, ao doente em estado crítico, sendo este, segundo SPCI (2008, p. 9) *“aquele em que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”*

O facto de ser numa UCIP (unidade polivalente), permitiu-me encontrar diversas patologias e situações o que se tornou uma mais-valia, pois permitiu-me uma apreensão mais abrangente desta realidade nomeadamente, uma adequada avaliação dos diferentes procedimentos, diferentes cuidados específicos e, diferentes métodos de monitorização como meio para uma eventual antevisão de situações complexas, relativamente ao utente, segundo a sua patologia, numa perspectiva profissional avançada, de modo a poder proporcionar e contribuir para um maior enriquecimento pessoal e profissional, o que me permitirá futuramente, dirigir, adequar e melhorar a minha resposta às necessidades do utente nesta fase.

O doente crítico, sendo transversal a todas as fases do ciclo de vida, assume, por parte dos profissionais de saúde, uma abordagem diferenciada e correctamente dirigida, facto

que se impõe pela gravidade da sua situação. Deste modo, todo o doente médico-cirúrgico poderá ser alvo destes cuidados avançados e diferenciados, cabendo também ao enfermeiro especialista, como membro de uma equipa multidisciplinar, o papel de obter, otimizar e direccionar as suas respostas às necessidades específicas destes doentes. Deste modo considero que a passagem por este campo de estágio é uma mais-valia em todo este processo para a aquisição e desenvolvimento de competências, neste caso, na abordagem ao doente crítico, pois como refere BENNER (2005), podemos, através da experiência, alcançar a especialização, assim como é através dela que integramos as competências e os conhecimentos.

Na abordagem a estes doentes, quando se fala na prestação de cuidados de forma holística, encontramos também a necessidade de desenvolver competências não só num plano que poderá ser mais técnico, mas também num plano de competências mais relacionais, mais emocionais, de forma a que o processo de cuidados a estes doentes/família, na maioria das vezes envolvido por uma forte componente técnica e de equipamentos, possa também ser desenvolvido através de um cuidado mais humanizado. Numa UCI, estando perante doentes críticos, a sua condição quase que exige a presença de avançados meios de monitorização e tratamento na mesma proporção da gravidade do seu estado. (CREMASCO et al, 2009) Contudo, estes doentes, necessitando de cuidados de excelência, os mesmos não são, ou não deverão ser, apenas centrados, dirigidos a aspecto fisiopatológicos, mas também no que compreende a díade doente-família.

Foi tendo em mente toda esta dinâmica que engloba a aquisição de competências, de modo a poder operacionalizar o melhor possível todo este percurso, que foram formulados os objectivos específicos. Para tal, também foram efectuadas reuniões prévias com o Enfermeiro Responsável do serviço e também orientador de estágio, tendo sido definidos os seguintes objectivos específicos:

Objectivo 1

“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente adulto e idoso em estado crítico / falência multiorgânica, tendo em conta as dimensões ética, científica, relacional e técnica”.

Objectivo 2

“Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados”.

O percurso realizado foi composto por várias fases, inúmeras acções, com vista ao atingir dos objectivos e competências. Para poder prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto de cuidados intensivos, era subjacente que demonstrasse capacidade para integrar de forma adequada, a equipa multidisciplinar. Para tal, integrei a equipa de enfermagem nessa mesma prestação de cuidados, de modo a que numa fase posterior, o fizesse de forma autónoma. Essa mesma prestação de cuidados, que foi desenvolvida em ambiente de Cuidados Intensivos, deverá, como em todas as situações, ser alvo de uma adequada planificação, de modo a promover uma adequada transição para a autonomia. Esta autonomia na prestação de cuidados ao doente em estado crítico e a reflexão e conjugação de conhecimentos que comporta, é parte importante para a apreensão da complexa realidade e adequadas intervenções que a prestação de cuidados especializados ao doente crítico engloba.

Apesar de tudo, de toda a informação adquirida durante o curso, fui confrontado com situações para as quais não possuía o nível de conhecimento que achava necessário, tendo procurado então, realizar uma pesquisa adequada bem como partilha com a equipa, de modo a poder dar a resposta mais adequada a cada situação, manter um elevado e actualizado nível de conhecimentos.

A gravidade e instabilidade hemodinâmica dos doentes, aumentava a necessidade de equipamento para a sua monitorização e estabilização hemodinâmica. Sendo este um dos objectivos das UCI, a recuperação de doentes críticos, a exigência de equipamento era notória. (ROSSI e VILA, 2002)

Equipamento como o BAI (Balão Intra-Aortico), equipamento para realizar técnicas dialíticas, linhas arteriais, são exemplos de equipamentos que podendo ser usuais numa UCI, não o eram para mim. Desta forma, de modo a melhor poder relacionar, gerir, toda informação relativamente a cada uma das situações, a pesquisa era necessária. Assim sendo, várias das situações por mim encontradas conduziram-me, através de uma adequada pesquisa, ao planeamento e optimização das minhas acções, de modo a que pudesse dar a melhor resposta às questões encontradas, nessa mesma prestação de cuidados, de modo a serem cuidados especializados.

Esta UCIP, imagino que à semelhança de muitas outras actualmente, está muito assente numa componente informatizada. É utilizada para os mais variados registos, de enfermagem, médicos, parâmetros de variada ordem, etc. Contudo, a exemplo do que ocorreu durante o meu período de estágio, ocorrendo uma falha no sistema informático ou uma falha no sistema de electricidade, a equipa que estivesse de serviço, não possuía

uma forma que considerasse a mais adequada para poder dar continuidade, na sua assistência ao doente, aos registos da prestação de cuidados do mesmo. Tendo sido confrontado com esta situação, senti a necessidade de ter uma folha em suporte de papel, para dar continuidade aos registos. Essa necessidade foi igualmente sentida pela equipa de serviço, pelo que sugeri, em conjunto com a colega de curso que estava a realizar o estágio no mesmo local, a elaboração de uma folha de enfermagem, em suporte de papel (ANEXO I), que pudesse dar continuidade ao processo de enfermagem em suporte informático. Esta ferramenta de trabalho foi elaborada após a observação dos vários tipos de registos efectuados pela equipa de enfermagem, bem como foram tidos em conta os vários pareceres dos enfermeiros da UCIP, pois seriam eles que iriam trabalhar com ela. Com o resultado final obtido, e de acordo com as opiniões transmitidas pelo Enf. Responsável e os elementos da equipa de enfermagem, achamos que a qualidade existente nos registos, em suporte informático, conseguiu ser transportada para o suporte em papel, de uma forma sistemática, possibilitando a manutenção de uma metodologia de trabalho eficaz, bem como uma adequada gestão dos cuidados para a assistência ao cliente.

“Dentre as diversas tecnologias utilizadas e/ou desenvolvidas na prática, o Processo de Enfermagem (PE) melhora a qualidade do cuidado por permitir ao enfermeiro sistematizar suas intervenções de forma clara e organizada, centrada nas necessidades dos clientes.” (BARRA e SASSO, 2010 p. 3)

Como já foi referido anteriormente, na UCIP, a vertente tecnológica estava bastante presente. Mais um exemplo disso foi a presença no serviço, numa das boxes, de um equipamento, em fase de experimentação. O equipamento era um monitor, com a designação de LiDCOrapid. O monitor hemodinâmico LiDCOrapid e o seu sistema foram projectados para o uso como um auxiliar de diagnóstico para a avaliação da pressão arterial, débito cardíaco e parâmetros hemodinâmicos associados, em doentes adultos. Correlacionando estes dados, poderemos ter imediatamente dados sobre a efectividade da fluidoterapia e do estado hemodinâmico do doente. (LIDCO, 2007-2009)

Ao trabalhar com este equipamento, fui confrontado com inúmeras questões quanto ao seu funcionamento, os seus objectivos, os dados que fornecia e como correlacioná-los. Mais uma vez, através da nossa observação, minha e da minha colega de curso, e de conversas informais com os nossos colegas, verificámos que essas mesmas questões se

colocavam no seio da equipa de enfermagem, algo que foi confirmado pelo Enf. Responsável, que nos disse que o equipamento tinha sido ali colocado, mas sem ter existido informação prévia dirigida à equipa de enfermagem. Partindo deste ponto, traçamos outro trabalho a desenvolver, algo que pudesse de algum modo ajudar a colmatar esta lacuna por nós identificada. Foi então elaborado um folheto informativo (ANEXO II), onde agrupamos a informação que achamos mais pertinente quanto ao equipamento em questão, tendo deste modo funcionado para nós, como meio de aprofundar os nossos conhecimentos quanto a este equipamento, assim como para a equipa de enfermagem, ao passar de uma informação mais empírica, para uma que fosse baseada num conhecimento científico. A pesquisa bibliográfica por nós realizada, foi efectuada no próprio serviço, com a documentação existente, bem como numa plataforma on-line, que incluiu o site da própria empresa. Foi nosso objectivo simplificar a utilização deste novo equipamento, de modo a otimizar as suas potencialidades, tendo em mente a melhoria da qualidade dos cuidados e a antevisão de eventos adversos que os avanços tecnológicos possibilitam. (BARRA e SASSO, 2010)

Esses mesmos avanços tecnológicos, são utilizados no Serviço de Hemodinâmica onde são realizadas técnicas como ablação de focos de FA (Fibrilhação Auricular), angioplastias (colocação de stents) e colocação de CDI (Cardioversor Desfibrilhador Implantável). Após efectuarem o seu procedimento, nas primeiras 24h, estão sob vigilância na UCIP, tendo por vezes alta directamente da UCIP, para o domicílio. Durante o estágio, tive também oportunidade de passar um dos dias no Serviço de Hemodinâmica, acompanhando de perto o percurso efectuado por um doente que efectuou ablação de focos de FA. Durante este percurso, que finalizou com a alta do doente da UCIP, apercebi-me, pelo contacto com o doente e sua família, que por vezes, possuem questões que não ficam totalmente esclarecidas, não tendo ao seu dispor alguma documentação que pudesse de algum modo contribuir para minimizar ou esclarecer essas mesmas questões. Após validar esta situação identificada, tanto com os enfermeiros do Serviço de Hemodinâmica, como com o Enfermeiro Responsável da UCIP, surgiu outro trabalho a desenvolver, o de elaborar um documento que fosse facultado ao doente/família, aquando da alta. Este documento, foi elaborado, de modo a possuir a informação que se consensualizou como sendo a mais pertinente para cada um dos procedimentos. Optei então por elaborar um documento, um folheto (ANEXO III) sobre o CDI, onde abordava o seu significado, as indicações para colocação, o seu objectivo bem como sinais e sintomas de alerta a que o doente deverá estar desperto nos

primeiros dias após a colocação. Foram colocadas também informações para o dia-a-dia do doente com CDI.

Com a elaboração deste documento, procurei deste modo ir ao encontro de uma necessidade identificada, relativamente à díade doente/família, tendo este trabalho em mente essa mesma problemática. Era notória a preocupação de algumas famílias-dontes, ao passarem de um local como a UCIP, de um internamento num local tão fortemente presente em tecnologia, directamente para o seu domicílio. Deste modo, concomitantemente com o esclarecimento de questões aquando da preparação da alta, ao elaborar este documento de apoio, espero ter contribuído para o atenuar dos seus receios, não direccionando o foco de atenção apenas para a doença, o que ocorre muitas das vezes em UCI, mas também para o doente-família. (ERDMANN e NASCIMENTO, 2009)

Outra situação vivenciada, foi a de um doente que estava a entrar na unidade, vindo do BO (Bloco Operatório), o qual vinha já sem tubo endotraqueal. Contudo, o seu estado de consciência, estava a deteriorar, sendo acompanhado por bradipneia, já com sinais de inadequada oxigenação periférica, a qual tinha tradução na monitorização da saturação periférica. Com este quadro a evoluir, o doente cada vez menos reactivo, tanto a estímulos verbais como dolorosos, com os sinais de inadequada oxigenação a aumentarem, toma-se a decisão de reentubar orotraquealmente o doente, de modo a reverter este quadro de peri-paragem. Contudo, a entubação não se revelou nada fácil, devido a vários factores, alguns dos quais intrínsecos ao doente, como os seus factores anatómicos, o tamanho do pescoço (pequeno e volumoso) e o excesso de peso. Todo este conjunto de factores, conjugados com a dificuldade em entubar o doente, rapidamente me fizeram correlacionar esta situação com uma temática, a abordagem à VAD. Estes conteúdos tinham sido abordadas durante a componente teórica, e devido à sua pertinência, à importância que creio ter na abordagem ao doente crítico, quis aprofundar estes conhecimentos e adquirir competências neste âmbito. Desta forma, participei num curso sobre VAD (ANEXO IV)

A VAD é definida pela ASA, (American Society of Anesthesia, 2003, p. 1269) como *“difficult airway is defined as the clinical situation in which a conventionally trained anesthesiologist experiences difficulty with face mask ventilation of the upper airway, difficulty with tracheal intubation, or both.”* Os factores anatómicos do doente, enquadram-se com o que a ASA define como factores que identificam uma VAD (Via

Aérea Difícil): Extensão cefálica <80%; Incapacidade para avançar a mandíbula; Distância tiromentoniana <6cm.

Estando então perante uma abordagem a VAD, mobilizei conhecimentos e técnicas adquiridas anteriormente no curso de VAD, de modo a contribuir na resolução desta situação. O doente acabou por ser entubado e ventilado, tendo sido ultrapassada esta situação. Após toda esta experiência, da análise e reflexão sobre o que ocorreu, surge a génese para uma formação em serviço sobre esta temática, de modo a poder transmitir os conhecimentos adquiridos na formação, para que pudessem eventualmente ser usados, noutra situação semelhante. Após validar esta ideia com o Enf. Responsável, sendo deste modo um trabalho direccionado à realidade profissional encontrada avançou-se então com a formação na abordagem à VAD (ANEXO V), dando resposta a uma necessidade formativa identificada. Foi deste modo possível conciliar os conhecimentos adquiridos durante a formação académica e na formação contínua, integra-los na minha prática diária e transmiti-los para os demais colegas. Na formação realizada, deixei também a indicação/sugestão para a reorganização quanto à gestão dos materiais existente no carro de reanimação, de modo a que se incluísse numa das gavetas, material adequado à VAD (outros tipos de fio guia, fios condutor), bem como na impossibilidade de entubar OT, existissem alternativas, como os dispositivos supraglóticos.

No meu local de trabalho achei pertinente estes mesmos dispositivos abordados na UCIP, os quais foram abordados de forma informal, com a chefia e os elementos do meu serviço, pois analisando as necessidades e as exigências da nossa missão (busca, salvamento e transporte), são, no meu ponto de vista, a melhor solução para a nossa realidade. Uma das questões que os meus colegas me colocavam, era qual o enquadramento para que os profissionais de enfermagem possam usar este equipamento. Esta questão, ou melhor, a sua resposta, remete-nos para o REPE, o seu Artigo 9º. *“Intervenções dos enfermeiros”, nº4, alínea e), onde se pode ler que os enfermeiros deverão “(...) em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;”* Desta forma, numa situação de falência respiratória, tendo os enfermeiros conhecimentos que os habilitem para o efeito, deveram utilizar os recursos necessários para reverter a situação que está a colocar em perigo de vida o doente.

Quanto à utilização de dispositivos supraglóticos vs EOT, é minha opinião, que mesmo um profissional treinado na entubação OT, encontra por vezes situações em que não a

consegue realizar. Tendo em conta que na nossa realidade, não realizamos entubações OT com frequência pelo que, não fará muito sentido este equipamento ser a única opção (exceptuando o tudo orofaríngeo) da lista do nosso equipamento, para realizar uma adequada permeabilização da via aérea, pois aquando do seu uso, a probabilidade de sucesso não será certamente aceitável. Dessa forma, considero que dispositivos supraglóticos seriam a melhor resposta para a eventualidade de nos depararmos com uma situação de PCR, pois como referem as guidelines do ERC (2010, p. 1220) *“Reduced emphasis on early tracheal intubation unless achieved by highly skilled individuals with minimal interruption to chest compressions.”*, sendo que por sua vez, a probabilidade de conseguir com sucesso, uma entubação às cegas com dispositivos supraglóticos é de 96,5% (ALEKSIEVA e VACAS, 2009)

A entubação OT não deve então ser a prioridade quando os profissionais que a realizam não são treinados nessa técnica, mas antes o uso adequado de meios que possibilitem uma adequada ventilação.

Durante todo este período de estágio, tive então a oportunidade de contactar, durante a prestação de cuidados, com inúmeras e variadas situações que me conduziram a momentos de reflexão. Estes momentos permitiram-me analisar a minha prática diária, sob o ponto de vista dos cuidados especializados prestados, ao doente crítico da UCIP. O doente crítico, pode sê-lo em variadas situações. No meu dia-a-dia, no meu local de trabalho, contacto também com doentes críticos pelo que, a minha prestação de cuidados, foi complementada com a troca de experiências que o estágio na UCIP proporcionou. A exemplo dessa prática reflexiva, o manuseamento de CVC (Cateter Venoso Central). Na UCIP, sendo este um acesso vascular bastante comum, os cuidados inerentes ao seu adequado manuseamento estavam sempre presentes. Sendo este um acesso venoso central, poderá ser mais uma porta de entrada para que IACS possam ocorrer.

Este tipo de acesso venoso, não sendo muito comum no meu local de trabalho, verifiquei que os cuidados prestados aquando da sua abordagem, poderiam ser optimizados tendo em mente a prática na UCIP.

De acordo com DAHYOT-FIZELIER et al (2010), as infecções associadas aos CVC ocorrem em cerca de 3% a 8% dos doentes com este dispositivo, sendo a causa predominante de bacteriémias sanguíneas em UCI, que se traduz também pelo aumento da morbilidade dos doentes, assim como pelo aumento do tempo de permanência do seu internamento.

Deste modo, ao constatar como a equipa de enfermagem utiliza, manuseia este tipo de acesso, as guidelines que segue, também eu, na minha prática, não só durante o estágio, mas no meu dia-a-dia, no SU, passei a fazê-lo de modo a prevenir as IACS. Deste modo, aquando do manuseamento deste sistema, na administração de terapêutica, na mudança de sistemas, na torneira de 3 vias ou bionecters, passei a otimizar a minha actuação de acordo com o preconizado na UCIP, seguindo as orientações emanadas pelo CDC (2002), segundo o qual, se deve minimizar o risco de contaminação, efectuando uma limpeza prévia com uma solução adequada, como álcool a 70% ou uma solução à base de clorexidina, que segundo DAHYOT-FIZELIER et al (2010), é a opção mais correcta no sentido de prevenir infecções associadas a cateteres.

Ao mesmo tempo, partilhando estes conhecimentos com a restante equipa, mesmo que de forma informal, estou também a contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados a doentes com CVC.

A UCIP, como possui a capacidade para realizar técnicas dialíticas, por várias vezes, doentes de outros serviços que necessitaram de efectuar alguma técnica dialítica, recorreram à unidade. Deste modo tive a oportunidade para colaborar neste procedimento, desde a montagem da máquina, bem como na preparação do doente para a realização da diálise. Mais uma vez as medidas no controle de infecção assumem um papel primordial. De acordo com BARBOSA et al (2009, p. 3), *“A infecção é a segunda causa de mortalidade entre pacientes portadores de insuficiência renal crônica terminal”*. Deste modo, o manuseamento do acesso para a diálise, fosse por FAV ou por Cateter Provisório, obedecia a rigorosas medidas de prevenção de infecção.

No meu local de trabalho (SU), apesar de por vezes se efectuar diálise, quando o estado hemodinâmico do doente não permite o seu transporte até ao Serviço de Nefrologia, esta é feita pela equipa de prevenção, a qual se desloca ao nosso serviço. Contudo, por vezes recebemos doentes no nosso serviço com cateteres provisórios de diálise, aos quais, durante o seu internamento, também prestamos cuidados. Pela experiência adquirida durante o estágio na UCIP, desenvolvi também deste modo, competências que me permitem otimizar os meus cuidados a utentes com cateter de diálise provisório. Assim, os cuidados com a manutenção do cateter, com a realização do penso de cateter, a vigilância do mesmo, foram otimizados, de modo a proporcionar uma redução das IACS. Mais uma vez, e através da partilha de informação com os colegas de equipa, estou a contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, pois como refere BARBOSA et al (2009), a vigilância, o nível de conhecimentos da equipa, bem

como a efectiva aplicação de medidas de prevenção de infecção, são componentes essenciais para a melhoria da qualidade na assistência.

Um outro projecto que estavam a desenvolver na UCIP, inclusive a decorrer um estudo *in loco*, está relacionado com a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Um dos factores a ser estudado, era a angulação da cabeceira da cama, que de acordo com as ultimas indicações, deverá ser de um ângulo de 30° (ANDERSON et al, 2008). Deste modo, e de acordo com as indicações de um documento elaborado para o serviço, com base em guidelines de vários organismos, alguns dos procedimentos foram efectivamente alterados, como a rotina de troca de traqueias e a validação da angulação da cabeceira da cama. Mais uma vez, tendo em mente as práticas nesta unidade de cuidados, avaliando o impacto da investigação das mesmas, verifiquei que podia transportar também esta realidade para o meu local de trabalho. Assim sendo, sempre que exista indicação para tal, procurei ter também em conta essas mesmas indicações para a prevenção da PAV. Estes conhecimentos, ao serem transportados para o meu local de trabalho, permitem-me ao mesmo tempo, a minha evolução como profissional, bem como, transmitindo-os aos meus colegas, mesmo que o faça de um modo informal, no dia-a-dia, contribuir no global, para uma melhor prestação de cuidados ao doente ventilado. Ao desenvolver estas actividades, as mesmas possibilitam-me o enquadramento do papel de especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pois procurei desta forma englobar na minha prestação de cuidados, as orientações emanadas pelos vários organismos, bem como pelo serviço, tendo em conta o trabalho que estavam a realizar nesta área, na prestação de cuidados ao doente ventilado, tendo como objectivo a prevenção da PAV. Ao mesmo tempo, pela experiência e conhecimentos adquiridos neste âmbito, pude transpô-los para o meu local de trabalho, de modo a adoptar também procedimentos para com o doente ventilado, no sentido de diminuir a PAV.

Um dos factores que me levou a escolher esta unidade, para a realização deste estágio, foi uma das características arquitectónicas desta UCI, a existência de luz natural directa, devido ao facto do tecto onde se encontra a bancada de trabalho, ser construído em vidro.

Este facto permite aos doentes aqui internados, quando não sedados, a manutenção do seu ciclo sono-vigília, sendo este ritmo circadiano, regulado, entre outros factores, pela existência ou não de luz solar. (ALÓE, AZEVEDO e HASAN, 2005)

A manutenção deste ritmo circadiano, a sua importância, é um factor importante, que pode interferir na evolução do doente, estando por vezes associados a casos de delirium,

situações em que ocorre um distúrbio da consciência, cognição e percepção. O delirium, a sua prevalência em doentes críticos, pode atingir os 80% em UCI, podendo contribuir para um aumento do tempo de internamento, bem como da mortalidade desses doentes. (NÁCUL e PESSOA, 2006)

A importância da manutenção do ciclo sono-vigília, era também reconhecido pela equipa de enfermagem, pois para além de possibilitarem, sempre que possível, a entrada de luz solar nas boxes dos doentes, procurava também manter a redução de ruído e iluminação nocturna, de modo a conseguir condições para manter um adequado ciclo de sono-vigília. É então, também através da manutenção destas condições, de modo a possibilitarem a manutenção deste ciclo, que se procura a prevenção e minimização de situações como o delirium. (MOREIRA, 2010)

Esta preocupação sentida e observada neste sentido, em manter um ambiente que proporcione condições para a manutenção do ciclo sono-vigília dos doentes, fez-me aperceber de que na minha realidade, poderia estar a encontrar situações, em que poderia actuar mais adequadamente.

Assim sendo, sempre que identifiquei condições em que poderia minimizar os efeitos do meio ambiente, no sentido de minorar as alterações do meio no ciclo de sono-vigília, procurei ir ao encontro do que verifiquei na UCIP.

No meu local de trabalho, no SU, a manutenção dessas condições nem sempre é possível, pois a afluência de doentes ocorre durante todo o dia, embora com mais afluência em certos períodos.

Contudo, estando desperto para a importância da manutenção das condições para um adequado ciclo sono-vigília, poderei mais adequadamente identificá-las e procurar proporcioná-las, de modo a prevenir situações adversas como o delirium, o qual pode ocorrer em curtos períodos, (horas), tempo que muitas vezes os doentes passam no meu serviço. A prevenção passa deste modo pela minimização ou eliminação dos factores que possam contribuir para a alteração deste ciclo. (NÁCUL e PESSOA, 2006)

Situações como luminosidade nocturna, o ruído da monitorização, acender as luzes de toda uma sala para observar apenas um dos doentes, são situações a ter em conta e que podendo ser minimizadas, o deverão ser. (KASHIBA et al, 2009) Estando desperto para esta realidade, através de conversas informais, procurei também transmitir e partilhar esta informação com os meus colegas, de modo a que doentes do nosso serviço possam beneficiar desta abordagem, de modo a que o impacto do meio seja o menor possível.

Apesar dos doentes não permanecerem nos meus serviços o tempo que permanecem na UCIP, há cuidados que são transversais. Ao transpor os conhecimentos, as práticas, as experiências vividas na UCIP para o meu dia-a-dia, estou, através do meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como da equipa com que contacto, a trabalhar em direcção a uma melhor prestação de cuidados ao doente crítico, de forma a puder fomentar e zelar pela qualidade dos cuidados na minha área de especialização.

A comunicação foi também uma das competências que pude desenvolver, desta forma, direccionada ao doente ventilado. No meu local de trabalho, o doente ventilado, na maioria das vezes encontra-se sedado, facto que impede a comunicação. Contudo, isto não acontece da mesma forma na UCIP, pois em várias situações, os doentes apesar de entubados orotraquealmente, encontravam-se conscientes. Assim, a passagem pela UCIP, possibilitou-me o desenvolvimento de competências na comunicação com o doente ventilado, proporcionando-me um alargamento das minhas perspectivas, processo este que me permite fazer uma interligação com a prestação de cuidados no meu local de trabalho. A comunicação, é de acordo com MACHADO e SÁ (2006, p.34) *“(...) uma competência, importante para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática, implica o desenvolvimento de capacidades criativas, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar, até diríamos virtualmente inesgotáveis”*.

Sendo também um aspecto importante, na prestação de cuidados a doentes críticos, através do adequado uso desta competência, o enfermeiro pode procurar realizar uma melhor optimização na sua prestação de cuidados.

Pude observar na UCIP, mesmo com o doente ventilado, como podem funcionar formas de comunicação não verbal. Por exemplo, um doente que tinha dado entrada no serviço ao final da tarde, tendo passado a noite sem intercorrências, seria extubado durante a manhã. Ao explicar adequadamente o que se iria proceder, como iria decorrer o processo de extubação, pude verificar pela expressão facial do doente que o seu estado de ansiedade diminuía. A comunicação, o seu processo, contribui então para a *“excelência da prática da Enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para o paciente, podendo despertar o sentimento de confiança entre paciente e enfermeiro”* (INABA, SILVA E TELLES, 2005 p. 4)

Inerente ao processo de cuidar, está a família/pessoa significativa. Estando o doente da UCIP, muitas das vezes consciente mas EOT, a família vê o tubo orotraqueal como algo que impossibilita completamente a comunicação. Mais uma vez o papel do enfermeiro

assume extrema importância, no sentido de melhor contextualizar toda a situação. Deve então o enfermeiro explicar que a comunicação com o seu familiar é possível, simplesmente ele não irá responder de uma forma verbal. Minimizar a ansiedade do doente/família, também neste contexto, deve ser uma das funções do profissional de saúde, e o mesmo deve ter presente que ao ajudar e incentivar a comunicação entre doente/família, está a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. (INABA, SILVA E TELLES, 2005)

Várias foram as ferramentas utilizadas para facilitar a comunicação, (papel e caneta, quadros com figuras), as quais me proporcionaram outras perspectivas de modo a tornar a minha comunicação com doentes ventilados mais eficaz.

Ao contactar com todas estas realidades, pude constatar que prestação de cuidados, aquando da minha prática no dia-a-dia, poderia fazê-lo também, tendo presentes os procedimentos utilizados na UCIP. Deste modo a minha prestação de cuidados beneficiou da minha experiência na UCIP, de modo a tornar os meus cuidados, cuidados especializados.

Durante este período de estágio, tive a oportunidade de atender ao IX Congresso Nacional de Emergência - Aveiro 2010, onde apresentei 2 posters intitulados “Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço de Urgência” (ANEXO VI)e, “Catástrofe – o que a poderá definir” (ANEXO VII).

Através da pesquisa realizada e elaboração destes trabalhos, pude aprofundar e sistematizar conhecimentos na área da catástrofe, temática que tinha sido abordada na componente teórica do Curso de Mestrado, bem como transmitir e partilhar experiência de actuação na abordagem ao Politraumatizado no Serviço de Urgência.

1.2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III - CCI

O módulo III, o opcional, decorreu então no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, que engloba o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. O estágio foi desenvolvido no pólo do Pulido Valente, no período entre 27 de Setembro a 30 de Novembro.

Com a criação em Março de 2008, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, foram desta forma agrupados o Hospital Pulido Valente e o Hospital de Santa Maria. Cada um dos hospitais possuiu um pólo referente à CCI, tendo desenvolvido o estágio no pólo do HPV.

O serviço da CCI está localizado no 1º piso do edifício, onde funcionam também o Hospital de Dia, o Centro de Formação e o Serviço de Saúde Ocupacional.

Como Enf.^a responsável do serviço de CCI, está em funções, há vários anos, a enfermeira que foi minha Orientadora, estando também desde há cerca de 2 anos, um segundo elemento também enfermeiro, sendo assessoradas por uma técnica administrativa.

Mais uma vez a adaptação a este campo de estágio foi muito facilitada pelo acolhimento efectuado por toda a equipa, que demonstrou sempre uma grande disponibilidade em esclarecer todas as questões que surgissem.

As CCI's, possuem um enquadramento legal próprio, que regula a sua constituição e operacionalização, e que acima de tudo reconhece a sua presença como obrigatória em qualquer unidade de saúde, nomeadamente o *“Despacho Ministerial, N.º 14178/2007 DR. II série, N.º 127 de 4 Julho de 2007 aprova o PNCI e determina que sejam criadas CCI em todas as unidades de saúde. Concomitantemente, o PNCI foi divulgado oficialmente no sítio da DGS; a “Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC DE 15/10/2007 - define a organização das CCI e o POPCI em todas as unidades de saúde” (DGS 2008)*

Actualmente, existem assim, na maioria dos Hospitais em Portugal, Comissões de Controlo de Infecção, as quais procuram articular-se directamente com a DGS (Direcção Geral de Saúde), a qual se constitui como a principal fonte de referência científica a nível nacional. A CCI pode ser definida como *“Equipa multidisciplinar de assessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde com a missão de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção (...)”*. (DGS 2008)

Esta equipa, através do PNCI (Plano Nacional de Controlo de Infecção Hospitalar) *“Programa de intervenção a nível nacional, proposto pela Direcção-Geral da Saúde, para aplicação nas unidades de saúde, com o objectivo global de prevenir e controlar as IACS.”* (DGS 2008), procura operacionalizar e regulamentar normas e procedimentos, no combate às IACS (Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde), nas suas unidades de saúde.

Desta forma, o serviço da CCI procura, através de uma activa participação, pela formação, pela monitorização dos microorganismos mais significativos, pela interligação com os elementos de ligação dos serviços, pela elaboração de pareceres, sedimentar, instituir e fomentar procedimentos e comportamentos de acordo com uma política em que o objectivo maior é minorar as IACS.

A importância e atenção dada à prevenção e controle de infecção, não é de hoje. Já em tempos Bíblicos se encontram referências a medidas de controlo e transmissão adoptadas, como o isolamento e sinalização de doentes com lepra. (LYONS, 2007)

Até aos dias de hoje, com o contributo de várias ciências, muitos progressos têm ocorrido na área do controlo e prevenção da infecção.

Sendo este um módulo opcional, a minha escolha recaiu sobre esta vertente, porque durante a componente teórica do mestrado, fui me apercebendo da importância, da pertinência do contributo e transversalidade que estes conteúdos possuem para a melhoria na prestação de cuidados. Deste modo procurei ir ao encontro dos conhecimentos, do saber, que me possibilitasse o aprofundar e sedimentar desses conhecimentos.

De modo a melhor puder sistematizar este percurso, tracei inicialmente objectivos, os quais foram reformulados após o período inicial de estágio. Esta reformulação ocorreu devido à necessidade sentida em melhor contextualizar o funcionamento legal, institucional, de uma CCI, assim como a sua dinâmica, a qual não me era familiar.

Tendo em mente o traçado para este módulo do estágio, a aquisição de competências neste âmbito, foram traçados os seguintes objectivos:

Geral:

- 🚦 “Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”

Específicos:

- 🚦 Objectivo 1

“Conhecer a dinâmica e o funcionamento do serviço de CCI”

- 🚦 Objectivo 2

“Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e outros profissionais de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados”

Numa fase inicial, procurei então aperceber-me do contexto intra e extra-organizacional em que se insere e se enquadra uma CCI. Partindo daqui, fui a pouco e pouco

apercebendo-me e contactando com o trabalho que se desenvolve neste contexto, procurando desmitificar/clarificar, o papel dos enfermeiros da CCI. Foi interessante constatar que numa área em que a mesma, não está funcionalmente organizada para um contexto de prestação directa de cuidados ao doente, consegue ao mesmo tempo exercer uma influência, possuir um papel tão directo nessa mesma prestação de cuidados. Este aspecto, no meu ponto de vista deve-se à transversalidade dos seus conteúdos, da abrangência dos mesmos. Durante o meu estágio, fui-me assim apercebendo, através do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da CCI, dessa mesma abrangência.

Deste modo, tive então a oportunidade de contactar e participar em várias das vertentes do funcionamento da CCI, oportunidades essas que me possibilitaram alcançar os meus objectivos, processo que ao mesmo tempo contribuiu para a aquisição de competências neste contexto.

A VE (Vigilância Epidemiológica) das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea e a VE das Infecções por Microrganismos Epidemiologicamente Significativos (incluindo os multirresistentes), as suas normas e protocolos, enquadrados com os objectivos do programa institucional de prevenção e controlo de infecção, é uma das vertentes do PNCI, (DGS 2008) a qual possibilita uma grande visibilidade ao trabalho de enfermagem desenvolvido pela CCI. O contacto directo com os serviços, no alertar para a presença de determinado microrganismo e os eventuais esclarecimentos necessários quanto às vias de transmissão, as medidas de isolamento, os EPI's adequados, etc, proporcionaram-me uma outra visão sobre esta temática.

Após ter contactado por várias vezes com este tema nos pareceres que a CCI emitia quando era solicitada pelos serviços, apercebi-me que também eu próprio estaria a estruturar o meu conhecimento numa base mais empírica do que científica. Partindo deste ponto e tendo em conta as necessidades apuradas, quanto à formação em serviço, realizei uma acção de formação no Departamento de Pneumologia, sobre a temática “Medidas de isolamento – utilização de barreiras de protecção”. A elaboração e posterior apresentação desta formação (ANEXO VIII), para além da mais-valia para os elementos presentes dos vários serviços, foi-o também a nível pessoal. Permitiu-me analisar e conceptualizar noções nesta área, de modo a formar uma fundamentação, um pensamento baseado na ciência e uma prática baseada na evidência, pois com o surgir de novos microrganismos, renovadas preocupações (Gripe das Aves em Humanos, MRSA, XRD-TP), é necessária também uma adequação dos procedimentos. (CDC, 2007)

Ao mesmo tempo, tendo sido capaz de analisar esta temática, sobre outra perspectiva, estando já desperto para a mesma, pude também identificar, no meu local de trabalho, alguns aspectos que poderiam ser melhorados. A actuação da equipa, os seus procedimentos, poderiam ser optimizados, sendo desta forma, mais uma vez, fundamentados não apenas empiricamente mas também cientificamente. Assim, na reunião mensal do meu serviço, na FAP, realizei uma acção de formação sobre o tema “Medidas de Isolamento” (ANEXO IX), desta vez mais adequada à nossa realidade, o transporte de doentes, de modo a sensibilizar a equipa para esta temática.

No meu actual local de trabalho na FAP, uma das nossas missões é efectuar o transporte primário e secundário de doentes sendo que, por vezes ocorre a necessidade de transportar pessoas com doenças ou suspeita de doenças infecto-contagiosas. Tendo estes cenários em mente, de modo a optimizar a prestação de cuidados nesta vertente, e, pela perspectiva obtida através da CCI, no sentido de prevenir IACS, procurei criar ferramentas que nos ajudassem nesse sentido.

As IACS constituem actualmente, uma das maiores preocupações, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa (DGS 2008). Tendo toda esta problemática em mente, pude desenvolver mais trabalhos para o meu serviço na FAP, de modo a melhor atingir este objectivo, através da sensibilização da equipa para a importância da adequada utilização de EPI's. Estes trabalhos foram elaborados de modo a facilitar a consulta e o esclarecimento de questões relacionadas com a temática.

Deste modo, elaborei uma tabela (ANEXO X), para uma rápida consulta, onde se relaciona a via de transmissão do agente e os EPI's necessários, tanto para o doente como para o profissional, inclusive em situações de transporte desses mesmos doentes. Outro dos trabalhos elaborados foi uma tabela (ANEXO XI) onde abordo a protecção da via respiratória, qual o tipo de máscara ou respirador adequado para cada agente, tanto para o doente como para o profissional. Todos estes documentos, foram elaborados tendo presente o tipo de funções que a equipa desempenha, conjugando com a formação académica apreendida e as experiências de estágio, às necessidades identificadas na prestação de cuidados, de modo a que *“Através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas sobre as situações, o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas e no cuidar”* (MARTINS e FRANCO 2004 p. 8)

Na maioria das situações, o transporte e acompanhamento realizados são de doentes com patologias médicas ou cirúrgicas que não constituem perigo para a tripulação da aeronave, mas por vezes ocorrem situações (Gripe H1N1; Meningite Meningocócica), para as quais deveremos estar adequadamente despertos quanto aos eventuais perigos para nós, prestadores de cuidados e doentes, assim como também para a restante tripulação.

Desta forma, através das situações com que já fui confrontado aquando do transporte de doentes, analisando-os à luz dos conhecimentos adquiridos na CCI, pude traçar estratégias de modo a que o desempenho da equipa pudesse dar a resposta mais adequada em cada situação. Há então que ter presente, avaliando cada contexto, qual a melhor resposta, na prestação de cuidados a estes doentes, de modo a otimizar a mesma, não só para o doente e nós prestadores de cuidados, bem como para toda a tripulação. (AYUSO e MORAZA, 2008)

Outro dos documentos elaborados, teve mais uma vez a sua génese, no tipo e objectivo das missões em que a equipa na qual me insira actualmente desempenha na FAP. Na eventualidade de termos que nos deslocar para o estrangeiro numa missão que implique prestação de cuidados à população local, poderemos depararmo-nos com inúmeras situações (patologias) que nos poderão ser pouco familiares, em termos de via de transmissão e medidas de isolamento. Mais uma vez, através da perspectiva obtida pela CCI, pude elaborar mais uma ferramenta que fosse uma mais-valia na prestação de cuidados em contexto internacional.

Deste modo, elaborei um documento (ANEXO XII) no qual abordo inúmeras patologias, relacionando a sua via de transmissão e as medidas de prevenção a serem tomadas, de modo a adequar os cuidados prestados à realidade encontrada. Todos estes documentos elaborados para o meu serviço, tiveram em conta algumas das necessidades identificadas, nomeadamente quanto às vias de transmissão e contenção de determinadas doenças (dengue, cólera, p.e.), procurando deste modo adequar a teoria, a vertente académica, à prestação de cuidados, à componente prática do dia-a-dia, procurar estabelecer a relação entre a teoria e a prática, aliar os conhecimentos adquiridos durante o estágio à realidade do serviço, de modo a otimizar as respostas, procurando uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (FERNANDES, et al., 2010).

O desenvolvimento de trabalhos nesta área, quanto aos tipos de isolamento, o conhecimento fundamentado, possibilitou-me otimizar dessa forma a resposta a

situações que surgiram. Uma delas foi no atendimento de uma doente, em que existia uma forte suspeita de ser portadora de TP em fase activa contudo, como ainda não possuíamos confirmação laboratorial, a doente iria ficar a aguardar. Foi sugerido que a doente aguardasse na sala de espera ou na sala de inalatórios, com uma máscara que previamente havia sido colocado. Ao me deparar com esta situação, não concordando com a decisão de a doente ficar a aguardar na sala de espera ou de inalatórios, pude deste modo, com os conhecimentos fundamentados pelos conhecimentos adquiridos na CCI, tomar decisão fundamentada, conseguindo otimizar a resposta tanto para a doente como para os outros profissionais e doentes, pois ao identificar aquele caso como sendo um isolamento por via aérea, após validar a situação com o meu chefe de equipa, chegou-se à conclusão que doente deveria aguardar na sala de isolamento.

Mais uma vez, a aquisição de conhecimentos possibilitou a reflexão e discussão de determinados comportamentos e modos de actuação que alguns profissionais apresentam no exercício das suas funções, com o intuito de poder contribuir para a mudança de atitudes ou de comportamentos, dando lugar a uma reeducação, a qual obriga a uma reflexão crítica sobre os cuidados executados.

Mais uma vez, os conhecimentos adquiridos na CCI, provaram a sua importância, no controle de infecção, pois como preconiza o ICN (p. 7 2008) *“Se estiverem adequadamente informados e mobilizados, os enfermeiros podem influenciar de forma positiva a prevenção da doença e a gestão no caso da TB, sobretudo devido ao seu envolvimento próximo com os doentes.”*

A VE, define também, como fazendo parte dos seus objectivos, *“identificar práticas que possam originar IACS”* (DGS 2008). Uma das práticas sobre a qual tive oportunidade de aprofundar conhecimentos, de reflectir, foi o procedimento de algaliação, através de uma perspectiva existente no HPV, quanto à realgiação de doentes com infecção urinária.

Apesar de não estar documentado cientificamente, é opinião da CCI do HPV, que um doente algaliado, com ITU (Infecção do Trato Urinário) deverá ser realgaliado apenas 48h depois de iniciar antibioterapia. Esta concepção surge porque se pensa que a eficácia da antibioterapia, em destruir o biofilme (matrix polimerica que neste caso, se formou na algália), película que, entre vários factores, se crê ser responsável pela resistência ao antibiótico, (COSTERTON e DONLAM 2002), não se verifica em menos do que 48h. Assim sendo, ao realgaliarmos antes disso, como o biofilme que se formou na algália ainda estará presente, o resultado será que deste modo ao introduzirmos a

nova algália, estaremos a reintroduzir os microorganismos existentes no biofilme, que permaneceram na uretra aquando da desalgaliação. Deste modo, apesar de se ter realgaliado o doente, poderemos estar a manter o mesmo problema. Não sendo esta uma indicação que seja seguida no meu serviço, a mesma foi abordada entre os meus colegas e o elemento de ligação da CCI, no SU, os quais reconheceram o ponto de vista desta indicação. Uma das questões que se coloca, para poder de algum modo validar este ponto de vista, é o tempo de permanência dos doentes no SU, o qual é bastante curto. Deste modo, não me é possível validar esta opinião, relativamente ao timing da realgaliação do doente com ITU. Contudo, sendo este um dos procedimentos mais associados às IACS, fez-me repensar na necessidade de algaliar ou não um doente, isto é, na justificação para esse procedimento, ou no tempo que esses doentes se mantêm algaliados. Isto porque deste modo, ao reduzirmos tanto o tempo de permanência da algália ou até mesmo o número de situações em que o fazemos, estamos a contribuir para a redução, logo numa fase inicial, das IACS. (CCIH do HSM, 2002)

Através do envolvimento nas actividades formativas da CCI, pude também sedimentar e aprofundar conhecimentos quanto ao manuseamento da algália e do saco colector. Os AO (Assistentes Operacionais), possuem um papel muito activo no manuseamento do circuito fechado algália-saco colector. Este circuito, a sua manutenção, é considerado como sendo de importância crucial na redução do risco de IACS, nomeadamente ITU (JACOBSEN et al, 2008). Desta forma, os AO são também peças importantes na manutenção de um ambiente seguro, no qual se procura que se efectuem, que se mantenham práticas que não originem IACS. À semelhança do que se passa em vários locais, também no SU, o despejo dos sacos colectores de urina é efectuado pelos AO.

Deste modo, uma das formações em que colaborei, abordava esta temática, o manuseamento e despejo do circuito algália-saco colector, sendo direccionada aos AO. Através dos conteúdos abordados, pude eu também adequar, melhorar a minha prestação de cuidados ao doente algaliado, bom como, possuindo agora um maior leque de informação, procuro sensibilizar os AO no meu serviço, no sentido de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, de modo a poder minorar as IACS.

Tendo em conta o que apreendi na CCI, sempre que presenciava e que era oportuno, procurava ir ao encontro desses conhecimentos, partilhando-os, numa forma informal, com colegas e AO. A prevenção de IACS exige uma abordagem multidisciplinar. Sendo o circuito algália-saco colector um dispositivo invasivo que pode favorecer o desenvolvimento de IACS, compete-nos a nós, equipa de saúde a interrupção desta

cadeia, através da utilização de medidas de eficaz reconhecimento, sendo a responsabilidade de prevenir e controlar IACS, individual e colectiva. (PEREIRA et al., 2005)

Outro dos procedimentos, que foi abordado de forma informal, numa conversa na CCI, que me levou a refletir sobre a minha prática, foi a técnica de algália e da colheita de urocultura. No meu serviço, o tipo de material utilizado para lubrificar a algália e o meato urinário, possui clorhexidina na sua constituição. Ora, se vamos colher uma urocultura e utilizamos este lubrificante, a possibilidade de estarmos a enviar a colheita existe. Este assunto foi abordado informalmente com os meus colegas e com o elemento de ligação da CCI, que também o desconheciam, de modo a que no futuro isto possa ser ultrapassado com a utilização de um lubrificante que não tenha antibióticos na sua constituição. No meu local de trabalho, na Urgência, apesar de efectuar colheitas de urina asséptica por esvaziamento vesical, como os doentes não permanecem muito tempo, não tenho o feedback das mesmas, de modo a perceber se os seus resultados poderão estar a ser influenciados devido a esta prática.

A passagem pela CCI, este módulo de estágio, possibilitou-me também, ao atender ao Simpósio “A Importância da Prevenção e Controlo das IACS” (ANEXO XIII), uma outra perspectiva ligada às IACS, uma perspectiva mais humanista, que abordou a vertente das consequências das IACS, sem ser em custos financeiros, económicos, mas em algo que apelidaram de custos intangíveis. Estas consequências, relatadas na 1ª, lembraram-me que apesar dos inúmeros estudos onde é notório o impacto financeiro das IACS, os custos pessoais inerentes às IACS são incalculáveis.

É notória a importância que prevenção e controle de infecção assume a vários níveis, quer seja económico ou humano, sendo que “ *a prevenção e controle das infecções tem um papel óbvio e importante na garantia de que os doentes recebem cuidados de alta qualidade*” (WILSON 2003, p. 5)

Uma das campanhas que a comissão considerou de maior importância nos últimos anos, é a Campanha Nacional “Higiene das Mãos, uma responsabilidade partilhada”. Esta iniciativa teve o seu ponto de partida em Outubro de 2005, quando a OMS deu início ao programa “Clean Care is Safe Care”, no qual se alertava para a importância deste procedimento como meio de prevenção/propagação das infecções hospitalares. Em Outubro de 2008, Portugal adere também a esta iniciativa, através da DGS, integrada no PNCI. (PEDRO, 2009)

Um procedimento tão simples, mas que desempenha um papel de fundamental importância na prevenção e controle de IACS.

A de limpeza das mãos, é assim uma das principais medidas ao dispor dos profissionais de saúde, a ser utilizada na prevenção de IACS, pois de acordo com CARDOSO et al. (2010 p.3), a *“aquisição de microrganismos ocorre, geralmente, a partir da transmissão pelo contato das mãos dos profissionais com os pacientes e pelo contato direto do paciente com material ou ambiente contaminado.”*

Foi então através da minha passagem pela CCI, que pude confirmar a relevância deste procedimento pois, através das evidências demonstradas, passei a olhar para esta temática sobre outra perspectiva.

Tendo em conta os diferentes métodos que podem ser utilizados, procurei adequá-los da maneira mais eficaz à minha prática diária. Tendo em mente que nem sempre é possível lavar as mãos com água corrente, de doente para doente, de procedimento para procedimento, procurei, mobilizando os conhecimentos cientificamente fundamentados, utilizar e rentabilizar o equipamento existente de modo a que a minha actuação esteja optimizada de acordo com as guidelines indicadas para a prevenção das IACS. Desta forma, em ambos os meus locais de trabalho, mas principalmente no SU, onde o tempo mais urge e por vezes as condições estruturais não facilitam a lavagem das mãos, a utilização de SABA passou a ser efectuada de forma mais assertiva. Isto porque, de acordo com WHO (2009, p. 13-14) *“hand contamination with transient organisms was significantly less likely after the use of an alcohol-based handrub compared with the medicated wipe or soap and water”*. Desta forma, a flora transitória da pele dos profissionais de saúde é mais eficazmente reduzida utilizando SABA, sempre que as mesmas não se encontrem visivelmente sujas.

Este tipo de solução, é também, de acordo com PEDRO (2009, p. 6) *“(…) especialmente útil em locais em que não existem lavatórios ou estes se localizam longe do local de prestação de cuidados”*. Mais uma vez, com os conhecimentos fundamentados, optimizando a minha prática, e, através de conversas informais com outros colegas e AO, profissionais com um contacto muito presente, muito directo com o doente, posso sensibilizá-los para esta temática, de modo a que a nossa prática possa efectivamente contribuir para uma diminuição das IACS, pois de acordo com GASTMEIER, et al. (2009), a correcta higienização das mãos, associada ao uso adequado de SABA pode reduzir a taxa de IACS em cerca de 40%.

Durante o estágio, tive também contacto com vertente do SEC (Serviço de Esterilização Centralizado). Um dos módulos de formação para os AO, o qual é leccionado pela Enf. Responsável pelo Serviço de Esterilização, aborda esta temática nomeadamente, aspectos como os tipos de esterilização, acondicionamento dos materiais para esterilizar e após esterilizados, circuitos dos mesmos.

Na BA6, existe um autoclave que é utilizado para efectuar a esterilização de kits de penso, kits para sutura, compressas e outros materiais. O funcionamento com este aparelho é uma das funções dos nossos socorristas, contudo a formação que lhes é facultada poderia ser optimizada.

Através da CCI, pela vertente que me possibilitou o contacto com o SEC, desenvolvi conhecimentos referentes à esterilização, que me possibilitam agora uma melhor compreensão do circuito que é realizado no meu serviço. E, com os conhecimentos teoricamente fundamentados, pude questionar e melhorar alguns procedimentos, através de partilha da informação adquirida, por formação informal, nomeadamente no acondicionamento dos ferros após utilização e limpeza antes da esterilização. “ *A teoria é um excelente instrumento para explicar (...) Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático (...)*” (BENNER p 30, 2005)

Todas estas experiências, demonstram a transversalidade e pertinência dos conteúdos da CCI, que considero que justificaram e realçaram a pertinência da minha escolha para realizar este módulo do estágio nesta área. Deste modo, foi minha preocupação transpor os contributos provenientes do local de estágio para o meu contexto de trabalho.

3 – CONCLUSÃO

Com o novo modelo profissional, surgem outras áreas, mais direccionadas, mais específicas, o que implica uma actualização do conhecimento e um promover da aquisição de competências, num domínio específico, que passa por uma profunda compreensão da pessoa e dos processos saúde/doença, das suas respostas em situações específicas, de modo a que a resposta seja pautada por intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo.

Este processo, esta aquisição e aprofundar de conhecimentos passam então por desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, de forma a adquirir e otimizar a sua resposta à pessoa/família, de uma forma holística, mas ao mesmo tempo dirigida a um determinado contexto. O Enfermeiro Especialista, segundo o REPE, no seu Artigo 4.º, ponto 3

“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

A Saúde, como todos os sectores da nossa sociedade, passa também por crescentes exigências, reestruturações e reorganizações do seu sistema, por um desenvolvimento técnico e científico global, que faz emergir novos desafios, a que a classe de enfermagem não pode ficar alheia. De modo a poder acompanhar as inovações, as transformações, uma actualização pertinente e permanente do seu conhecimento, do seu saber, está assim implícita, de modo a melhor delimitar e definir as áreas do saber em enfermagem. Também a Enfermagem, necessita desta forma, de demonstrar mais do que apenas perícia.

O MDP, refere que o Enfermeiro Especialista deverá possuir “(...) *um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo*” (OE 2010, p. 10)

Daqui se depreende que o enfermeiro especialista deverá ser um perito na sua área de especialização, sendo um ponto de referência para os restantes pares.

Apesar do enquadramento legal e funcional, no nosso desempenho diário, no seio dos nossos colegas e da equipa multidisciplinar, como seremos vistos no papel de

enfermeiros especialistas? Alcançando este patamar, obtendo esta certificação profissional, será o necessário para ser reconhecido como um especialista?

Na minha opinião, há que assumir activamente o papel, não basta uma habilitação académica, há que querer sê-lo e demonstrar que se possuiu competências para o poder ser.

A prática é sem dúvida um complemento à teoria. Através da sua conjugação, espera-se cada vez mais um profissional reflexivo, que analisa e reflecte sobre o que faz, apoiado e mobilizando fontes de conhecimento científico. Será esta conduta, que possibilitará ao Enfermeiro Especialista tornar-se uma referência no seio da sua equipa.

A elaboração deste relatório, possibilitou-me um meio de reflexão, sobre as actividades desenvolvidas nos módulos realizados, de modo a dar resposta aos objectivos traçados para os campos de estágio.

Esta talvez seja a maior das dificuldades, chegar a um serviço desconhecido, com uma dinâmica e um conjunto de saberes não familiares, e conseguir identificar áreas em que pudesse dar um contributo efectivo. Esse processo foi possível graças à análise efectuada nos períodos iniciais dos estágios, à pesquisa bibliográfica efectuada, bem como ao apoio das equipas de enfermagem dos serviços.

Estas alterações ocorreram com o objectivo de otimizar a resposta às situações com que me deparei, de modo a melhor puder contribuir para a optimização dos cuidados. A génese da pesquisa bibliográfica efectuada, dos trabalhos desenvolvidos, tem como base a reflexão efectuada sobre o saber-fazer, sobre os cuidados prestados nos locais de estágio, com tudo o que isso engloba.

Desta forma, as actividades planeadas e desenvolvidas, todo este percurso percorrido, possibilitou-me condições para que a minha aprendizagem e enriquecimento pessoal tivessem lugar, de modo a otimizar as intervenções, na minha prestação de cuidados. O contributo de outras áreas de actuação, contribuiu para um alargar da minha visão na prestação de cuidados, bem como possibilitou uma introspecção, uma reflexão sobre a minha prática diária, de modo a poder contribuir eficazmente para uma prestação de cuidados de crescente complexidade e qualidade.

As experiências na UCIP, o contacto com o doente crítico em internamento, as implicações que a sua situação acarreta não só para si, doente, mas também para a sua família, foram experiências que enriquecem a minha prestação de cuidados, pois o meu contacto com o doente crítico, o tempo de contacto no meu dia-a-dia, é mais reduzido, o

que não me possibilita por vezes a visão global (e as suas implicações), as quais pude obter através da minha passagem pela UCIP.

A minha passagem pela UCIP, para além do contributo pessoal e profissional para mim, pude também deixar também ferramentas que possibilitem um leque mais variado de respostas às necessidades encontradas.

Através da CCI, pude contactar com uma área que não me era familiar, mas que sem dúvida é de grande importância. Os seus conhecimentos, possibilitaram-me então desenvolver ferramentas que contribuem para o aumento da qualidade dos cuidados prestados por mim e pela equipa onde me insiro, bem como me facultaram outra perspectiva para poder analisar, a outro nível, essa mesma prestação de cuidados. BENNER (2005) refere-se ao enfermeiro perito como sendo um enfermeiro que possuiu uma grande experiência, sendo a experiência fundamental para a perícia. Desta forma, a experiência acumulada pela minha passagem nestes locais de estágio, são uma mais-valia para a aquisição de competências

Considero desta forma, que os objectivos que tracei foram alcançados, pois todo este percurso permitiu-me a aquisição de competências inerentes a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os trabalhos desenvolvidos, contribuí para uma melhor adequação dos cuidados prestados, optimizando as respostas às necessidades encontradas do doente/família. Ao mesmo tempo, a nível pessoal e profissional, é inegável o enriquecimento de todo este processo, pois com toda a certeza que a qualidade dos meus cuidados foi optimizada.

Olhando agora para trás, teria efectuado a programação do estágio de maneira diferente. Teria iniciado o estágio com o módulo III, o de CCI, pois estou convicto que com o conhecimento adquirido nesta área, poderia dar um contributo ainda mais efectivo, mais direccionado a esta área, durante o módulo de CI.

Este percurso não termina aqui, com o final desta etapa, pois terminando este desafio, outros se avizinham. Como referi anteriormente, ser Enfermeiro Especialista, passa também pela vontade em querer sê-lo, em procurar constantemente o grau de excelência nos cuidados prestados ao doente/família, e fomentando este conceito na equipa multidisciplinar onde estamos inseridos.

Como sugestões no sentido da melhoria das práticas, considero premente a necessidade dos enfermeiros durante a prestação de cuidados reflectirem na e sobre a prática de uma forma critica e investirem na formação/investigação em áreas susceptíveis aos cuidados

de enfermagem comunicando os seus resultados a audiências especializadas (congressos, jornadas,).

4- **BIBLIOGRAFIA**

AGARWAL, Rajender, et al. **Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections**. 2009. p. 67

ALARCÃO, Isabel. **Formação reflexiva**. Revista Referência. [Online] Maio de 2001. [Citação: 24 de Junho de 2010.] pp. 53-59
[http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formação%20reflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076).

ALÓE, Flávio; AZEVEDO, Alexandre e HASAN, Rosa. **Mecanismos do ciclo sonovigília**. Revista Brasileira de Psiquiatria. [Online] Maio de 2005. [Citação: 12 de Janeiro de 2011.] p. 19 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000500007&script=sci_arttext&lng=es. ISSN 1516-4446.

American Society of Anesthesiologists. **Practice guidelines for management of the Difficult Airway**. Anesthesiology. Maio de 2003, Vol. 98, Nº 5, pp. 1269–1277.

ANDERSON, Deverick, et al. **Strategies to prevent Ventilator-Associated Pneumonia in acute care hospitals**. The University of Chicago Press. 2008. [Online] [Citação: 15 de Dezembro de 2010.] pp. 31-40
<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/10.1086/591062.pdf?acceptTC=true>.

AYUSO, David e MORAZA, Alfredo. **Manual de helitransporte sanitário**. Barcelona : Elsevier, 2008. p. 424. ISBN: 978-84-458-1967-8.

BARBOSA, Dulce, et al. **Prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter em pacientes em hemodiálise**. Acta Paulista de Enfermagem. [Online] Maio de 2009. ISSN 0103-2100. [Citação: 15 de Dezembro de 2010.] p. 9
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800024&lng=en&nrm=iso.

BARRA, Daniela e SASSO, Grace. **Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®**. Texto & Contexto - Enfermagem. [Online] Maio de 2010 Vol.19 nº.1. Jan./Mar. de 2010. [Citação: 15 de Dezembro de 2010.] p. 17
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=en&nrm=iso

BENNER, Patricia. **De iniciado a perito**. 2ª. Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN: 989-558-052-5. p. 294

BORGES, Luis, et al. **Prevalência de infecção nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Online] Oct./Dec. de 2007. [Citação: 20 de Janeiro de 2011.] pp. 414-420
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400002&lng=en&nrm=iso#nt. ISSN 0103-507X.

CARDOSO, Clareci; OLIVEIRA, Adriana e MASCARANHAS, Daniela. **Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Online] Março de 2010. [Citação: 14 de Dezembro de 2010.] pp. 161-165 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100023&lng=en&nrm=iso.

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR do HOSPITAL DE SANTA MARIA. **Prevenção das infecções urinárias em doentes algaliados.** 2002. p. 3.

SÁ, Tiago e MACHADO, Liliana. **Comunicar com doentes ventilados, uma função de enfermagem.** nº 67, Julho de 2006, Sinais Vitais, pp. 29-34. ISSN: 0872-0844.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections.** Agosto de 2002. p.26

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.** Junho de 2007. p.219

COSTERTON, J. e DONLAN, Rodney. **Biofilms: Survival mechanisms of clinically relevant microorganisms.** Clinical Microbiology Reviews. [Online] Abril de 2002. [Citação: 10 de Fevereiro de 2011.] pp. 167-193 <http://cmr.asm.org/cgi/reprint/15/2/167>.

CREMASCO, Mariana, et al. **Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 22. [Online] 2009 [Citação: 02 de Fevereiro de 2011.] p.12 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011&lang=pt

DAHYOT-FIZELIER, Claire; FRASCA, Denis e MIMOZ, Olivier. **Prevention of central venous catheter-related infection in the intensive care unit.** Critical Care. [Online] [Citação: 12 de Janeiro de 2011.] p.8 <http://ccforum.com/content/pdf/cc8853.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.** p.6

Direcção - Geral Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** [Online] Fevereiro de 2008. [Citação: 27 de Janeiro de 2011.] p.82 http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf.

ALEKSIEVA, Vidia e VACAS, Susana. **Dispositivos Supraglóticos**. Santarém. 2009. Curso Via Aérea Difícil.

Ordem dos ENFERMEIROS. **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Dezembro de 2009. p. 46.

ERDMANN, Alacoque e NASCIMENTO, Keyla. **Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories**. [Online] Revista Latino-Americana de Enfermagem. Mar./Apr. de 2009, Vol.17 nº2. [Citação: 20 de Janeiro de 2011.] pp. 215-221
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200012&lng=en&nrm=iso

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro. **Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros**. Coimbra : Formasau, 2007. p. 166. 978-972-8485-88-7.

FERNANDES, Josicelia, et al. **Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas**. Texto & Contexto - Enfermagem. [Online] Jan/Mar de 2010. [Citação: 10 de Dezembro de 2010.] pp. 176-184
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100021&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-0707.

GASTMEIER, Petra; LOFFLER, Harald e KAMPF, Günter. **Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections**. [Online] 2009. [Citação: 10 de Fevereiro de 2011.] pp. 649-645
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770229/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-106-0649.pdf..

European Resuscitation Council Guidelines. **Resuscitation**. [Online] 2010. [Citação: 21 de Outubro de 2010.] p.233 <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/209/1/>. 0300-9572.

HESBEEN, Walte. **Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociência, 2001. p. 220. ISBN: 972-8383-20-7.

INABA, Luciana; SILVA, Maria e TELLES, Sandra. **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Online] 2005. [Citação: 10 de Janeiro de 2011.] pp. 423-429
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0080-6234.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. **Transporte de doentes críticos. Recomendações**. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. p.48

JACOBSEN, S. et al. **Complicated catheter-associated urinary tract infections due to Escherichia coli and Proteus mirabilis.** Clinical Microbiology Reviews. Jan. de 2008, Vol. 21, Nº. 1, pp. 26–59.

KASHIBA, Kelly et al. **Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Online] Jan/Mar de 2009. [Citação: 10 de Dezembro de 2010.] pp. 58-64 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100009&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-507X.

International Council of Nurses. **Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente.** Genebra. [Online] 2008. [Citação: 20 de Fevereiro de 2011.] p. 75 http://www.icn.ch/images/stories/documents/projects/tb/tb_mdrtb_guidelineportuguese.pdf. 978-92-95065-37-6.

LiDCO ltd. **LiDCO Ltd, User's Manual.** 2007-2009. p.54

LYONS, Albert. **Ancient Hebrew medicine.** Health Guidance - Free Health Articles. [Online] 30 de Março de 2007. [Citação: 12 de Fevereiro de 2011.] p.3 <http://www.healthguidance.org/entry/6309/1/Ancient-Hebrew-Medicine.html>.

MACHADO, Liliana e SÁ, Tiago. **Comunicar com doentes ventilados, uma função de enfermagem.** Sinais Vitais. Julho de 2006, Vol. 67, pp. 29-34.

MARTINS, Catarina e FRANCO, Maria. **O papel formativo do enfermeiro especialista.** Nursing. Outubro de 2004, pp. 6-9.

MARTINS, Margarida; FRANCO, Maria e DUARTE, João. **Um estudo de caso sobre os custos das infeções no Centro Hospitalar Cova da Beira.** Revista Referência II série nº 4. [Online] Junho de 2007. [Citação: 12 de Fevereiro de 2011.] p. 79-90. http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=infeções no Centro Hospitalar Cova da Beira&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=18.

MOREIRA, Eliza. **Cuidados de enfermagem nos pacientes críticos acometidos pelo delirium.** Scribd. [Online] 2010. [Citação: 10 de Janeiro de 2011.] p.19 <http://www.scribd.com/doc/40243998/Monografia-Cuidados-de-Enfermagem-Nos-Pacientes-Criticos-dos-Pelo-Delirium>.

NÁCUL, Flávio e PESSOA, Renata. **Delirium em pacientes críticos.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Online] Abr/Jun de 2006. [Citação: 10 de Janeiro de 2011.] pp. 190-195 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2006000200013&script=sci_arttext

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on hand hygiene in health care: First Global patient safety challenge clean care is safer care.** World Health

Organization [Online] 2009. [Citação: 20 de Fevereiro de 2011.] p.270
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

PEDRO, Ana Luisa. **Campanha Nacional "higiene das mãos". Uma responsabilidade partilhada.** Enformação. Nº12, Dezembro de 2009, pp. 05-09.

PEREIRA, Milca, et al. **A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem.** Texto & Contexto - Enfermagem. [Online] Abr/Jun de 2005. [Citação: 10 de Dezembro de 2010.] pp. 250-257
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200013&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-0707.

PEREIRA, Natália. **Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência.** Universidade Aberta. Lisboa. 2008. p. 220, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

PHANEUF, Margot. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures : Lusociência, 2005. p. 633. 972-8383-84-3.

ROSSI, Lúcia e VILA, Vanessa. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido".** Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Online] Mar./Abr. de 2002, Vol. 10, Nº2. [Citação: 15 de Dezembro de 2010.] pp. 137-144
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lang=pt

Direcção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde Manual de Operacionalização.** Dezembro de 2008. p. 82.

SILVA, Mary, et al. **Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas.** *Texto & Contexto - Enfermagem.* Jan./Mar. de 2010, vol.19 nº.1.

SIMÕES, João; ALARCÃO, Isabel e COSTA, Nilza. **Supervisão em Ensico Clínico de Enfermagem:a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes.** Revista Referência IIIª série. [Online] Junho de 2008. [Citação: 1 de Fevereiro de 2011.] p. 91-108.
http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=supervisão&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2098.

STARLING, Carlos. **Aspectos psicológicos e comportamentais no controlo de infecção hospitalar.** [autor do livro] Maria Aparecida MARTINS. *Manual de infecção hospitalar. Epidemiologia. Prevenção. Controlo.* 2ª. Rio de Janeiro : MEDSI, 2001, 6, p. 1116. p. 38-51.

WILSON, Jennie. **Controlo de Infecção na Prática Clínica.** Loures : Lusociência, 2003. p. 400 ISSN 972-8383-57-6.

ANEXOS

ANEXO I

FOLHA DE ENFERMAGEM

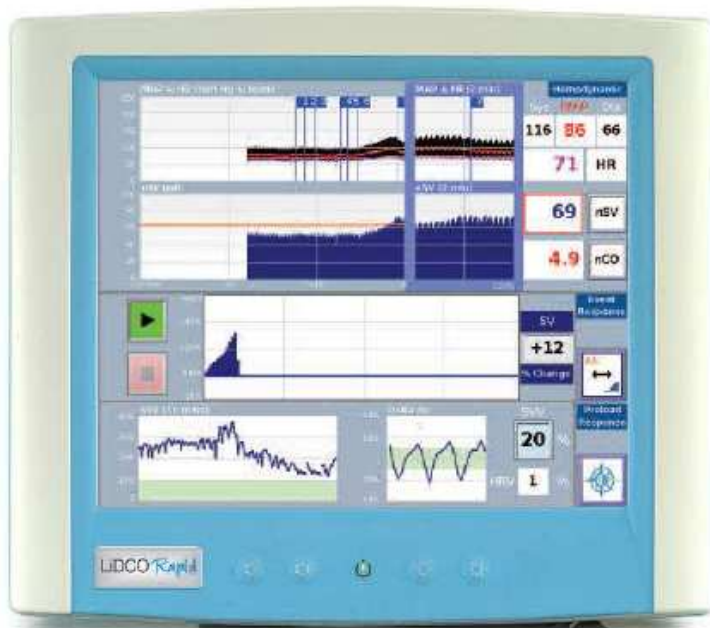
[illegible]

[illegible]

ANEXO II

FOLHETO LIDCORAPID

LIDCO RAPID



O LiDCORapid fornece a visualização de parâmetros hemodinâmicos, como a pressão arterial e frequência cardíaca, através de uma exibição única, o que permite a sua exibição tanto a longo prazo como a curto prazo.

O monitor hemodinâmico LiDCORapid e o seu sistema foram projectados para o uso como um auxiliar de diagnóstico para a avaliação da pressão arterial, débito cardíaco e parâmetros hemodinâmicos associados, em pacientes adultos

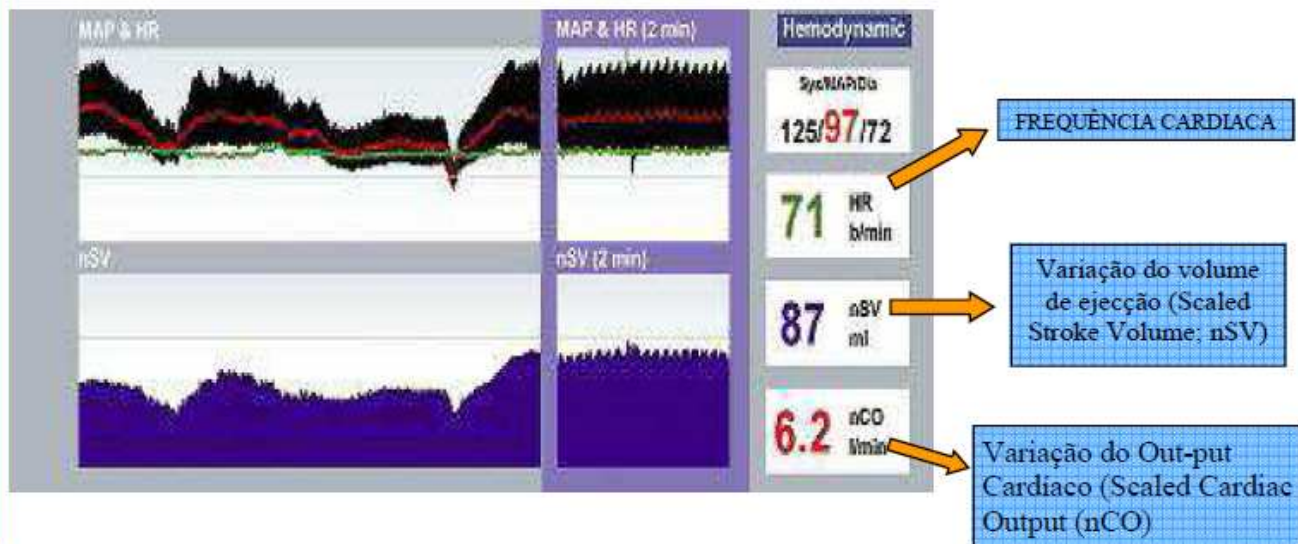
O LiDCORapid permite a visualização dos seguintes parâmetros:

- Pressões – PAM, Sistólica e Diastólica
- Frequência Cardíaca
- Volume de ejeção e Output Cardíaco (estimado ou actual)
- Parâmetros dinâmicos de Pré-load – oscilação da Pressão do Pulso (Pulse Pressure variação; PPV) e oscilação do Volume de ejeção (Stroke Volume Variation; SVV)

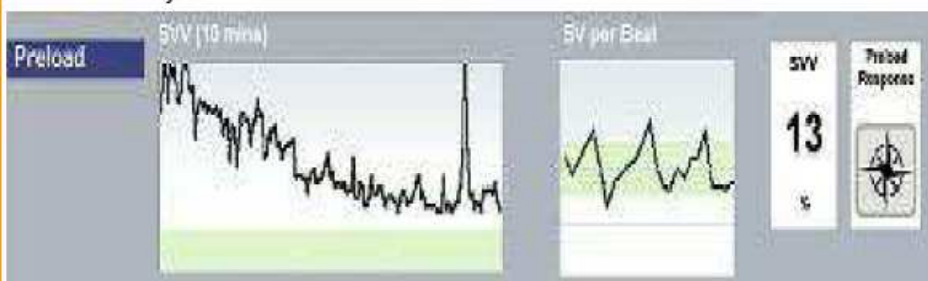
Smart Card do utente (LiDCOsmart)



JANELA HEMODINÂMICA



Monitorização dinâmica do Pré-load



Variação do Volume de ejeção
(Stroke Volume Variation; SVV%)

Pacientes indicados:

Pacientes que possuam linha arterial e que necessitem de monitorização hemodinâmica

Possíveis locais de uso

- UCI Médicas, Cirúrgicas e Polivalentes; Unidades de Trauma; Cuidados Intermediários; Bloco operatório;

Contra-indicações

Os seguintes pacientes são contra-indicados para o uso deste equipamento:

- Pacientes com regurgitação da válvula aórtica
- Pacientes que estejam a utilizar balão intra-aórtico
- Pacientes com linha arterial que apresente algum dano
- Pacientes com vasoconstricção arterial periférica

Licod Rapid

O enfermeiro deverá estar desperto para as alterações existentes nos parâmetros de modo a poder antever ou detectar os sinais de gravidade

Resposta Dinâmica do Pré-load



A variação da resposta do Pré-load (e.g. SVV e PPV) são consideradas válidas em pacientes sem lesões torácicas abertas e em modo de ventilação controlado.

A variação dos parâmetros dinâmicos (e.g. SVV e PPV) são falíveis em pacientes com arritmia significativa. O *Licod Rapid* irá alertar quando a variação da frequência cardíaca exceder 10%.

ANEXO III

FOLHETO CDI

Dia a dia com o seu CDI

Dispositivos anti-roubo

- Não deverá permanecer perto de dispositivos anti-roubo nas entradas dos estabelecimentos, passe a uma velocidade normal.

Segurança nos aeroportos

- O seu dispositivo contém peças de metal que podem activar os detectores de metais dos aeroportos. Informe os seguranças e se possível, peça para ser revistado (a) a mão.

Dia a dia com o seu CDI

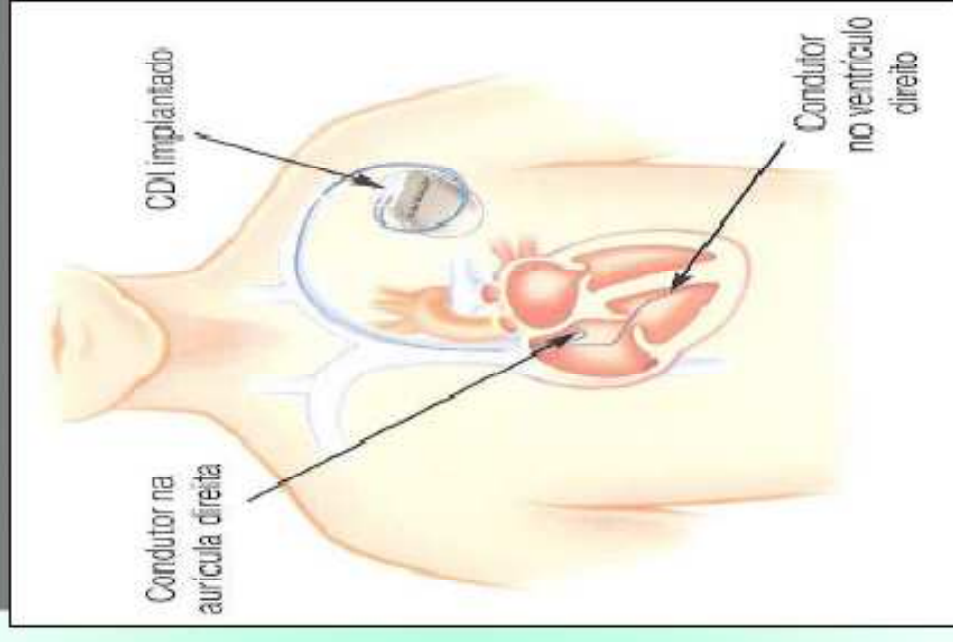
Ter sempre consigo os cartões referentes ao seu CDI e medicação

As baterias do seu CDI

As baterias do CDI possuem um comportamento bastante previsível. Nas consultas de rotina, o médico ou enfermeiro verificam a quantidade de energia ainda existente, alertando-o para a necessidade de substituir o aparelho.

CONTACTOS:

Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI)



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
DO
HOSPITAL DA LUZ

Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI)

É um dispositivo que monitoriza e trata arritmias cardíacas, que é geralmente implantado no peito, subcutaneamente. Possui um ou mais eléctrodos que são implantados no coração. É alimentado por uma bateria que se encontra acondicionada em segurança. O gerador de impulsos é um pequeno computador que pode funcionar como pacemaker, um cardioversor ou desfibrilhador, mediante a arritmia identificada. Este computador é programado pelo seu médico, consoante a informação existente.

Após o implante

A recuperação da cirurgia é variável, podendo durar de alguns dias ou semanas. É importante que siga as instruções da equipa de saúde, que incluem:

- Comunique o aparecimento de qualquer vermelhidão na pele, inchaço ou saída de líquido na região da incisão cirúrgica;
- Contactar o seu médico se apresentar um estado febril que não desapareça dentro de dois ou três dias;
- Limite os movimentos do braço do lado da implantação, assim como levantar objectos pesados e contactos abruptos, que possam assim afectar o sistema de eléctrodos;
- Caminhar, fazer exercício e tomar banho de acordo com as indicações;
- Não utilize vestuário apertado que possa irritar a pele por cima do dispositivo;
- Evitar esfregar a área do dispositivo ou a área circundante do peito;
- Informar os seus outros médicos, dentistas e pessoal de emergência que possui um CDI;
- Contactar o seu médico se notar algo de anormal ou inesperado, tal como novos sintomas ou semelhantes aos que sentia antes da colocação do dispositivo.

Dia a dia com o seu CDI

Artigos e locais seguros em condições normais (exemplos)

- Almofadas térmicas;
- Cobertores eléctricos;
- Cercas eléctricas invisíveis;
- Controlos remotos;
- Jogos laser;
- Pagers
- Solários;
- Torres de TV ou rádio (seguro fora de áreas restritas)

Artigos que devem ser evitados a qualquer distância (exemplos)

- Dispositivos de medição de gordura do organismo
- Martelos pneumáticos;
- Motores e alternadores em funcionamento
- Pistolas de atordoamento.

Telemóveis

De modo a reduzir a possibilidade de interferências:

- Mantenha uma distância de pelo menos 15 entre o telemóvel e o dispositivo;
- Segure o telemóvel no ouvido do lado oposto ao local onde o dispositivo foi implantado.

ANEXO IV

CURSO DE VAD

Certificado

AEVAs

Associação para o Estudo da
Via Aérea de Santarém

Certifica-se que o

Enf. José Filipe Ali-Can

participou no "4º Curso Teórico-Prático de Manuseamento da Via
Aérea para Enfermeiros", de 9 horas lectivas, no qual teve
aproveitamento na avaliação final.

SERVÍÇO DE ANESTESIOLOGIA
E REANIMAÇÃO



SANTARÉM

Santarém, 27 de Maio de 2010
Os directores do curso:

FIDIVA

FUNDACION INTERNACIONAL DE
DOCENCIA E INVESTIGACION EN VIA AEREA

Dr. Reinaldo Cabanita

Dr. Pedro Charco

ANEXO V

FORMAÇÃO VAD

VIA AÉREA DIFÍCIL



Formador: Enf. José AS-Cam
Orientador: Enf. Resp. Arnaldo

VIA AÉREA DIFÍCIL

• OBJECTIVOS

- APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE A ABORDAGEM À VAD
- SENSIBILIZAR PARA O TIPO DE EQUIPAMENTOS/CONSUMÍVEIS EXISTENTES
- SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DE UMA ADEQUADA ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Na abordagem do doente crítico a permeabilização da via aérea e sua adequada manutenção é uma das maiores preocupações e podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

A segurança do doente em situação de Via Aérea Dificil deve ser preservada. Para isso é necessário:

- Identificar situações de risco;
- Conhecer o algoritmo de VAD;
- Conhecer dispositivos supraglóticos disponíveis e modos de utilização.

VIA AÉREA DIFÍCIL

É uma situação devida a uma desproporção anatómica ou patologia preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial, ou ambos. (BARRIOS 2008)

DIFICULDADE NA VENTILAÇÃO COM MÁSCARA FACIAL - Não reverte os sinais de ventilação inadequada ou saturação <90% com pressão positiva com FiO_2 a 100%;

-DIFICULDADE NA LARINGOSCOPIA - Impossibilidade de expor a glote;

-DIFICULDADE NA ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL - Mais que 3 tentativas ou procedimento > 10 minutos (ASA)

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

TRAUMA



MAL FORMAÇÕES
CONGÊNITAS



INFECÇÕES

VARIAÇÕES
ANATÓMICAS

CORPOS ESTRANHOS

LIMITAÇÕES DA
EXTENSÃO CERVICAL

TUMORES



OBESIDADE

VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

- História clínica do doente (registos de anteriores entubações ou ventilações com máscara difíceis);
- Existência de traumas da face, das vias aéreas superiores, sequelas de queimaduras, síndromes congénitos e outros;
- Avaliação da articulação temporo-mandibular e da extensão cervical.

VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

Articulação temporomandibular
Capacidade de deslocamento anterior da mandíbula



Abertura da boca (>3cm há espaço para posicionar ML ou o laringoscópio)



VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

Distância tireo-mentoniana
> ou = 6cm ou 3 dedos,
a laringe não é anteriorizada



Movimento de flexão do pescoço extensão da cabeça
(flexão do pescoço sobre o tórax > 35%. Extensão da cabeça sobre o pescoço > 80%)



VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI

Observação pré-operatória da orofaringe do doente sentado



CLASSE I- palato mole, úvula e pilares amigdalinos visíveis;

CLASSE II- palato mole, úvula visíveis

CLASSE III- palato mole e base da úvula visíveis;

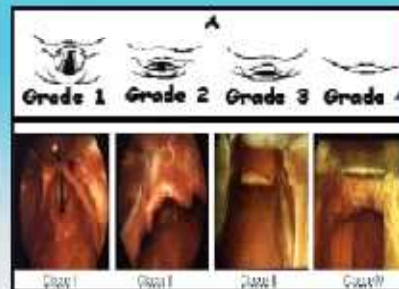
CLASSE IV- palato mole totalmente invisível

VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

ESCALA DE CORMACK-LEHANE

Visualização da região glótica através da laringoscopia directa de acordo com as estruturas visíveis



GRAU I- visão total da glote;

GRAU II- visão parcial da glote e antenóides;

GRAU III- somente a epiglote visível;

GRAU IV- nem a glote nem a epiglote visíveis.

VIA AÉREA DIFÍCIL

- COMO IDENTIFICAR -

CRITÉRIOS DE PREVISIBILIDADE DE ENTUBAÇÃO DIFÍCIL

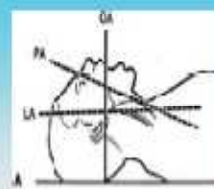
CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS IMPORTANTES:

- ABERTURA BUCAL <3CM;
- MALLAMPATI III OU IV;
- EXTENSÃO CEFÁLICA <80%;
- INCAPACIDADE PARA AVANÇAR A MANDÍBULA;
- DISTÂNCIA TIROMENTONIANA <6CM,
- DISTÂNCIA ESTERNOMENTONIANA <12,5CM.

VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO

- MANOBRAS FACILITADORAS -

Posição infartiva cruenta (almofada occipital associada à extensão da cabeça tende a alinhar os eixos oral, laringeo e faríngeo)



VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO - MANOBRAS FACILITADORAS -

- Uso correcto da máscara facial;
- Utilização correcta de dispositivos adjuvantes da ventilação (tubo naso e orofaríngeo);



VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO - MANOBRAS FACILITADORAS -

TUBO DE GUEDEL



VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO - MANOBRAS FACILITADORAS -

Manobra de SELICK - Compressão na cartilagem cricóide (2-3kg).



VENTILAÇÃO/ENTUBAÇÃO - MANOBRAS FACILITADORAS -

Manobra de BURP - Compressão laringea externa (Back Up Right Pressure)

Suave deslocamento para trás e para cima da cartilagem tiróide, osso hióide e/ou cartilagem cricóide (epiglote é visível, mas não é visível a glote)



EQUIPAMENTO

- Laringoscópio Macintosh e McCoy;
- Tubos endotraqueais;
- Material supraglótico:
 - Máscara Laríngea Clássica;
 - M.L.Proseal;
 - I-GEL;
 - Fastrach;
 - TuboLaríngeo;
 - Combitube;

EQUIPAMENTO

- Fios Guias: Eischman ou Bougie, Frovasou Rivier;
- Fios Guia flexíveis;
- Laringoscópio óptico Airtraq;
- Material de cricototomia emergente (kit).

DISPOSITIVOS

SUPRAGLÓTICOS



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

FICAM INSERIDOS ACIMA DA GLOTE



Permitem a continuidade aérea efectiva entre a traqueia e o meio exterior

Concebidos para serem utilizados sem necessidade de laringoscopia

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

MÁSCARA LARÍNGEA CLÁSSICA



LEGENDA:

- 1-CONECTOR PRINCIPAL
- 2-TUBO CONDUCTOR DA VIA AÉREA
- 3-MANGUEIRA PNEUMÁTICA
- 4-VÁLVULA DE RETENÇÃO
- 5-BALÃO PILOTO
- 6-TUBO DE ENCHIMENTO
- 7-LINHA DE REFERÊNCIA

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

TÉCNICA DE INSERÇÃO DA ML



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

VANTAGENS

- NÃO NECESSITA DE LARINGOSCOPIA;
- MENOR RESPOSTA HEMODINÂMICA;
- COLOCAÇÃO EM CONDIÇÕES DE DIFÍCIL ACESSO AO DOENTE;
- PODE RESOLVER CASOS DE ENTUBAÇÃO DIFÍCIL OU IMPOSSÍVEL

DESVANTAGENS:

- NÃO PROTEGE CONTRA A REGURGAÇÃO E NÃO PODE SER USADA EM PACIENTES COM AUMENTO DA RESISTÊNCIA DA VIA AÉREA

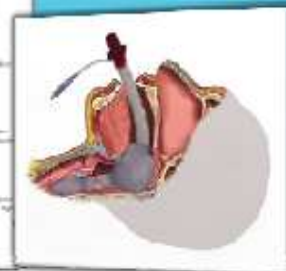
CONTRA-INDICAÇÕES:

- EM SITUAÇÃO COM MAIOR RISCO DE REGURGAÇÃO ALTA;
- PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DE VÍSCERAS ALIMENTARES;
- EM SITUAÇÃO DE DILATAÇÃO DE VÍSCERAS ALIMENTARES

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS



TUBO LARÍNGEO



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

TÉCNICA DE INSERÇÃO DO TUBO LARÍNGEO



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

VANTAGENS:

- RESOLVE SITUAÇÕES DE VADI;
- INTRODUÇÃO ÀS CEGAS;
- DISPOSITIVO ALTERNATIVO À ENTUBAÇÃO;
- DIFERENTES TAMANHOS;
- DISTRIBUIÇÃO DO RISCO DE LESÃO ESOFÁGICA COMPARADO COM O COMBITUBE;
- NÃO REQUER GRANDE ABERTURA DA BOCA, GARFÇA EM POSIÇÃO NEUTRA.

DESvantagens:

- DISPOSITIVO PRESENTE EM TUDO OS ESTUDOS QUE AVULSEM O SEU USO EM CONTEÚTO EXTRAGÁSTRICO;
- LÍNGUA DIFÍCIL NA SUA INTRODUÇÃO EM SUDEFINIAÇÕES DE COLOCAÇÃO CORRETA, LIGERAMENTE SENDO A QUESTÃO DE DESLIZAR.

CONTRA-INDICAÇÕES/COMPLICAÇÕES:

- REFLEXOS LARÍNGEOS PRESENTES;
- PATOLOGIAS DO ESÔFAGO CONHECIDAS (DILATADA, VÁLVULA, ESTENOSE, TRAUMAS);
- ALGUNS ESTUDOS COMPARATIVOS COM A ML REVEIEM QUE ESTÁ NA JARCA E DE MAIS FÁCIL LÍNGUA NA COLOCAÇÃO.

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

TÉCNICA DE INSERÇÃO DO COMBITUBE



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

VANTAGENS:

- ALTA PERCENTAGEM DE ÊXITO NA PRIMEIRA TENTATIVA DE COLOCAÇÃO;
- IMPORTÂNCIA EM CASOS DE SUSPEITA DE LESÃO CERVICAL;
- PROTEGE DA REGURGITAÇÃO GÁSTRICA E BRONCO ASPIRAÇÃO;
- A VENTILAÇÃO DO DOENTE TANTO SE FAZ SE COLOCADO NA TRAQUEIA OU NO ESÔFAGO;
- PERMITE A PASSAGEM DE UM FIBROSCÓPIO.

DESvantagens:

- ELEVADO NÍVEL DE SEDAÇÃO PARA A SUA COLOCAÇÃO;
- EM POSIÇÃO ESOFÁGICA NÃO É POSSÍVEL A ASPIRAÇÃO DOS PULMÕES;
- COMPLICAÇÕES LOCAIS MAIS ELEVADAS QUANDO COMPARADA COM A ML OU COM O TET.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- PATOLOGIA ESOFÁGICA CONHECIDA;
- PRÉVIA INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CAUSTICAS;
- OBSTRUÇÃO DA VA POR CORPO ESTRANHO;
- IMPOSSIBILIDADE DE ASPIRAÇÃO DA TRAQUEIA.

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

- De elastômero termoplástico, tipo gel;
- Cria uma selagem perilaringea fiável;
- Sem látex uso único doente;
- Possui um caral gástrico que permite a aspiração do conteúdo gástrico;
- No conector passa um TET.



DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

VANTAGENS:

- ENTUBAÇÃO DIFÍCIL (PERMITE PASSAGEM DE TET, DE GUIA E DE FIBRO);

CONTRA-INDICAÇÕES:

- DOENTES SEM JEJUM;
- LIMITAÇÃO ABERTURA DA BOCA;
- ABCESSO E HÉRNIA DO HIATO;
- APLICAÇÃO SUPERIOR 4 HORAS.

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

TÉCNICA DE INSERÇÃO DA MÁSCARA I-GEL



CARRO DE URGÊNCIA



QUESTÕES



CONCLUSÃO

- Reconhecer uma VAD à observação do doente;
- Conhecer as manobras facilitadoras da ventilação e intubação;
- Actuar em conformidade numa situação de VAD;
- Conhecer os dispositivos disponíveis para via aérea;

VIA AÉREA DIFÍCIL

• BIBLIOGRAFIA

- 3º Curso Técnico-Prático de manuseamento da via aérea Enfermeiros VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO PREVISTA;
- Anatomia Fundamental da Via aérea; Alberto Roão; Serviço de Anestesiologia e Reanimação do H de Santarém;
- DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS MÁSCARA LARÍNGEA: Vída Aleksieva e Susana Vacas; Serviço de Anestesiologia e Reanimação do H de Santarém; Dispositivos Supraglóticos (13º Curso de Manuseamento da Via Aérea para Enfermeiros 14 Maio, Santarém - 2009);
- O PAPEL DO ENFERMEIRO NA VIA AÉREA DIFÍCIL; Isilda Ferreira, Sofia Pedrosa e Susana Amado;
- VENTILAÇÃO E CONTROLO DA VIA AÉREA; Sara Teixeira; Serviço de Anestesiologia do H de Santarém;
- VIA AÉREA DIFÍCIL PREVISTA; Susana Vacas; Serviço de Anestesiologia e Reanimação do H de Santarém; 2010

ANEXO VI

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO POSTER “ABORDAGEM SISTEMATIZADA DO POLITRAUMATIZADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço de Urgência

Autores: Enf.^a Helena Falcão; Enf.^a José Ali-Car; Enf.^a Sónia Barbosa

Forma metódica de avaliação e abordagem constituída por 2 etapas, de que dependem a sobrevivência e o prognóstico do Politraumatizado

A segurança é um pressuposto essencial

Avaliação Primária

Detectar e corrigir situações causadoras de risco de vida imediata
Só se avalia a fase seguinte se a anterior estiver solucionada



A VIA AÉREA (AIRWAY)

- Permeabilização da via aérea com estabilização cervical
- Nível de consciência - vocalização
- Corpos estranhos - abertura e desobstrução da via aérea

B RESPIRAÇÃO (BREATHING)

- Ventilação - Oxigénio com máscara Hudson a 12-15 l/m
- Se ventila, auscultação bilateral, palpação e percussão
- Observação do tórax (integridade, simetria, profundidade)
- Sinais de dificuldade respiratória e posição da traqueia

C CIRCULAÇÃO (CIRCULATION)

- Pulso central e pulso periférico (na vítima consciente)
- Pele (temperatura, coloração, grau sudorese)
- Controlo de hemorragias
- Fraqueza desigual

D DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA (DISABILITY)

- Nível de consciência:
 - A - alerta
 - V - verbal
 - P - dor (pain)
 - U - sem resposta (urresponive)
- Escala de Coma Glasgow e avaliação das pupilas

E EXPOSIÇÃO (EXPOSURE)

- Controlo da temperatura

F CINCO INTERVENÇÕES (FIVE)

- Avaliação de sinais vitais e glicémia
- Algalção, EKG e colheita de análises

G MEDIDAS DE CONFORTO (GIVE)

- Posicionamento
- Analgesia
- Relação de ajuda à vítima/família

H HISTÓRIA (HISTORY)

- C - circunstâncias do acidente
- H - história pessoal
- A - alergias
- M - medicação
- U - última refeição

I INSPECÇÃO (INSPECTION)

- Mineclósa
- Executar palpação e auscultação
- Da cabeça aos pés

Avaliação Secundária

Identificar situações que não colocam em risco de vida imediato, mas que podem agravar a sobrevivência e prognóstico do doente se não forem corrigidas

A reavaliação contínua e os registos são outras das responsabilidades do enfermeiro que presta cuidados à vítima de trauma

CERTIFICADO

Certifica-se que o Exmo(a) Senhor(a)

José Ali-Can

participou no CONCURSO DE POSTERS do

“IX CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA – AVEIRO 2010”,
que decorreu no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, no dia 8 de Maio de
2010, com o Poster: “Abordagem Sistematizada do Politraumatizado no Serviço de Urgência”

Aveiro, 8 de Maio de 2010

ANEXOS VII

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO POSTER “CATÁSTROFE – O QUE A PODERÁ DEFINIR”

CATÁSTROFE

O que a poderá definir?

Autores: Enf.ª Helena Falcão; Enf.ª José Ali-Can; Enf.ª Sónia Barbosa

Catástrofe

É uma situação provocada por fenómenos de diversas ordens, que devido à elevada destruição de ordem material aliada a um afluxo intenso de vítimas, origina uma procura inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência esgotando todos os recursos disponíveis. Existe assim uma desproporionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

Acidente catastrófico de efeitos limitados

Todas as situações nas quais o incidente com a sua área de influência, é limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinadas ao local em que se desencadeou, ou nas proximidades) e desprovido em princípio de risco evolutivo.

Tipos de Catástrofe

Catástrofe Naturais

As que têm a sua origem nas energias libertadas pelas forças naturais (água, terra, ar e fogo).

- Fenómenos tectónicos (erupções, terremotos)
- Fenómenos meteorológicos (inundações, furacões)
- Fenómenos topológicos (avalanches, deslizamentos)

Catástrofe Sociais

Ocorrem devido a acidentes colectivos derivados de actividades humanas de grupos.

- acidentais (campos de futebol, concentrações religiosas)
- provocadas (atentados terroristas, guerras)

Catástrofes Tecnológicas

São aquelas que têm origem na manipulação do homem sobre os elementos industriais, tecnológicos e sociais que gerou.

- Derrames petrolíferos
- Incêndios em fábricas
- Acidentes com material de protecção

Classificação de catástrofes de acordo com dados paramétricos

Duração do salvamento

- Curtas (menos de 6 horas)
- Médias (entre 6 a 24 horas)
- Longas (mais de 24 horas)

Duração do factor desencadeante

- Catástrofes curtas (inferior a 1 hora)
- Catástrofes médias (inferior a 24 horas)
- Catástrofes longas (superior a 24 horas)

Extensão geográfica

- Raio inferior a 1 km
- Raio de 1 a 100 kms
- Raio superior a 100 kms

Região

- Urbanas
- Rurais

Causa

- De ocorrência rápida
- De instalação longa

Efeitos sobre a comunidade

- Simples
- Complexo

Vítimas

- Moderada (25 a 99 vítimas)
- Média (100 a 599 vítimas, das quais 50 a 250 hospitalizadas)
- Maior (mais de 1000 vítimas e mais de 250 hospitalizadas)

CEARWJFJCQADOD

Centralidade que é Esmola (a) Espinha (a)

Joel Alf-Car

participa no congresso nacional de emergência de

IX CONGRESSO NACIONAL DE EMERGÊNCIA - AVEIRO 2010 -

que decorre no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro, no dia 8 de maio de

2010, sobre o tema: "Esmola - o que a palavra significa?"

Aveiro, 8 de maio de 2010

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
Presidência da República
Presidência do Conselho de Ministros

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
Presidência da República
Presidência do Conselho de Ministros

ANEXO VIII

MEDIDAS DE ISOLAMENTO – UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTECÇÃO

MEDIDAS DE ISOLAMENTO UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

Enf. José Filipe Ali-Cari

comissão de
controlo de infecção



Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEDIDAS DE ISOLAMENTO UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

OBJECTIVOS

- Abordar os 2 tipos de isolamento;
- Abordar as vias de transmissão dos microrganismos;
- Abordar as 3 categorias de isolamento de contenção:
 - cuidados a ter com doentes em isolamento de protecção;
 - medidas de contenção nas 3 vias de transmissão;
- Abordar os EPIs básicos a utilizar em cada tipo de isolamento;
- Exercitar a gestão de risco de doentes infectados/colonizados.

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



ISOLAMENTO
DE
DOENTES

Estabelecimento de barreiras físicas
para evitar a transmissão de
agentes infecciosos de um indivíduo
para outro.

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

PROTECTOR

ISOLAMENTO

CONTENÇÃO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

ISOLAMENTO DE PROTECÇÃO

OBJECTIVO: prevenir a transmissão de microrganismos oportunistas e patogénicos dos profissionais ou do ambiente para o doente susceptível.

Localização
do doente

Higiene das mãos

Quarto individual com
WC;
Limitar as saídas do
doente e número de
profissionais que
contactam com o doente.

Higienizar as mãos
antes
e depois

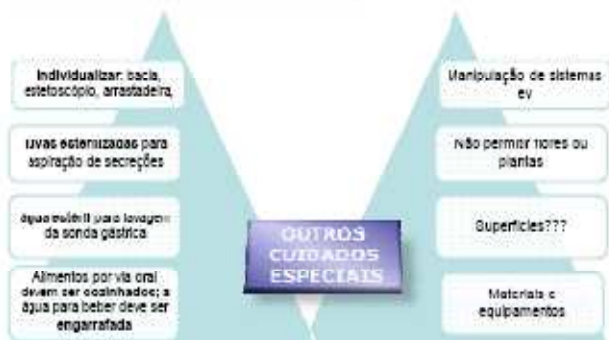
RECOMENDAÇÕES

Adequação ao
procedimento

CNS

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

ISOLAMENTO DE PROTECÇÃO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO



INFECTION CONTROL SYSTEMS IN HEALTH CARE FACILITIES

Standard Precautions apply to all patients



Transmission Based Precautions



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

Em qualquer das medidas de contenção há que ter em conta 5 aspectos fundamentais:

1. Colocação de doentes;
2. Uso de barreiras de protecção específicas (EPIs);
3. Deslocação dos doentes infectados /colonizados;
4. Higienização / assepsia (mãos, material, equipamento, instalações...);
5. Ensino (doentes, visitas, outros profissionais,...).

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

VIA AÉREA

(< 5µm)

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Instalação dos doentes
- Uso de proteção respiratória
- Deslocação dos doentes



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

VIA AÉREA

(< 5µm)

Quarto individual

Sistema ventilação / renovação do ar
Filtro HEPA

Porta fechada



RESPIRADORES DE PARTÍCULAS



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

VIA AÉREA

(< 5µm)

PROFISSIONAL

UTENTE



- RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

- MÁSCARAS CIRÚRGICAS
DE ALTA FILTRAÇÃO
- RESPIRADOR DE
PARTÍCULAS

15

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

GOTÍCULAS

(> 5µm)

TRANSMISSÃO

CONTATO
DIRETO (1m)CONTATO
INDIRETO
QUARTOInfluenza virus,
Virus sínclial
respiratório
Difteria

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

GOTÍCULAS

(> 5µm)

Outros exemplos de doenças que
implicam este tipo de transmissão:

pneumonia por Mycoplasma ou
Haemophilus, influenza em criança,
tosse comum, faringite, meningite
por Haemophilus, influenza A,
Neisseria meningitidis, varicela,
rubéola e infeções virais por
adenovirus.



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

GOTÍCULAS

(> 5µm)



Para abeira?



1m metro

Uso de máscara sempre que se permanecer
a menos de 1 metro do doente;

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

GOTÍCULAS
($> 5\mu\text{m}$)

PROFISSIONAL

UTENTE

- MÁSCARA NO CONTACTO
PRÓXIMO ($< 1\text{M}$)- O DOENTE DEVERÁ
USAR MÁSCARA
CIRURGICA DURANTE O
TRANSPORTE

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

GOTÍCULAS
($> 5\mu\text{m}$)O doente só deve ser transportado para fora do quarto
quando absolutamente necessário e deverá colocar uma máscara

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO



Staphylococcus aureus,
Bacilos Gram negativos,
Virus respiratórios,
Pseudomonas,
Acinetobacter

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO

São exemplos de situações que indicam as precauções de contacto:
 infecções ou colonizações gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas e

maioria dos microrganismos multiresistentes a antibióticos,
 que infectam ou colonizam a pele ou outras zonas do corpo
 (MRSA, Acinetobacter, VRE).



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO



Luvas



Bata / avental



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO
GOTÍCULAS

Em quarto individual
principalmente no caso de lesões
exsudativas ou com pneumonia

Juntar em sala separada
dois ou mais doentes
portadores ou infectados
(coorte)

mas evitar juntar a doentes
imunocomprometidos ou de
alto risco

Separação espacial em relação aos
restantes doentes (distância
mínima: 1,5m) evitando-se
passagens desnecessárias e
contactos com outros doentes

Colocação na última
cama da sala;
Intervalar com uma
cama, se for possível

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO
GOTÍCULAS

Afectar pessoal p/a
prestação de cuidados
a estes doentes,
sobretudo em
situações de curto

Os cuidados deverão ser
planificados para depois da
prestação dos cuidados a doentes
não portadores
(barrier nursing)

Se não possível

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

Higienização das Mãos

A medida mais eficaz na prevenção
da transmissão de microrganismos



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

CONTACTO

HIGIENIZAÇÃO E
CONFORTO DO DOENTE

Individualizar os produtos de higiene
e conforto (por exemplo: sabão
para banho, pomadas, Alina)



Mudar diariamente as
toalhas de cama e a roupa
do doente e da cama

Doente colonizado com MRSA: lavar diariamente o
corpo com solução desinfetante antisséptica
durante a sua estadia

Colocar as manipulações descartáveis, imediatamente
após utilização, em caixa de lixo contaminada

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

	CONTACTO	GOTÍCULA	VIA AÉREA
COLOCAÇÃO DO DOENTE	Quarto individual; Coorte; Contingência no fundo	Quarto individual; Coorte; Contingência no fundo com 1,5m	Quarto individual com ventilação adequada
EPI'S	Luvas e óculos	Máscara + luvas	Respirador de partículas
DESLOCAÇÃO DO DOENTE	Roupa limpa	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica ou respirador
HIGIENIZAÇÃO ASSEPSIA	DESINFECÇÃO		
ENDINO	VISITAS E OUTROS PROFISSIONAIS		
EXEMPLOS	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Ecobios Gram negativos</i> , <i>Virus respiratórios</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i>	<i>Influenza virus</i> : meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , Sarampo, Varicela

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO

QUESTÕES



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



Entra uma doente no seu serviço, vinda de uma UCI, onde esteve ventilada na sequência de agravamento de uma pneumonia adquirida na comunidade. Tem história de múltiplos internamentos, vem com suspeita de IU por MRSA. Onde a colocaria? Mexia na distribuição dos doentes?

OCUPADA

UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



UTILIZAÇÃO DE BARREIRAS DE PROTEÇÃO



Uma hipótese...

ANEXO IX

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

ESTABELECIMENTO DE BARREIRAS FÍSICAS PARA EVITAR A TRANSMISSÃO DOS AGENTES INFECCIOSOS



MEDIDAS DE ISOLAMENTO



MEDIDAS DE ISOLAMENTO



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

INFECTION CONTROL SYSTEMS IN HEALTH CARE FACILITIES

Standard Precautions apply to all patients



Transmission Based Precautions



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

VIA AÉREA
($< 5 \mu m$)

VIA DE TRANSMISSÃO

CONTACTO

DIRECTO

INDIRECTO

GOTÍCULAS
($> 5 \mu m$)

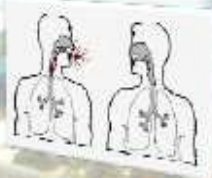
MEDIDAS DE ISOLAMENTO

GOTÍCULAS
($> 5\mu m$)

TRANSMISSÃO

CONTACTO DIRECTO ($< 1m$)

CONTACTO INDIRECTO (SUPERFÍCIES)



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

GOTÍCULAS
($> 5\mu m$)

PROFISSIONAL

UTENTE

EPI'S

- MÁSCARA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ($< 1m$)

- O DOENTE DEVERÁ USAR MÁSCARA CIRÚRGICA DURANTE O TRANSPORTE

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

GOTÍCULAS
($> 5\mu m$)

MATERIAL E EQUIPAMENTO

TUDO O MATERIAL E EQUIPAMENTO (SE POSSÍVEL) QUE ESTEJA EM CONTACTO COM O DOENTE DEVE SER RIGOROSAMENTE LAVADO E DESINFECTADO APÓS SAIR DA ÁREA DE ISOLAMENTO

LAVAGEM: ÁGUA E DETERGENTE

DESINFECÇÃO: ALCOOL 70%

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

VIA AÉREA
($< 5\mu m$)

TRANSMISSÃO

TRANSPORTADAS PELO AR



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

VIA AÉREA
($< 5\mu m$)

PROFISSIONAL

UTENTE

EPI'S

- PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA CLASSE P2 OU P3 (CONFORME O CASO)

- MÁSCARAS CIRÚRGICAS DE ALTA PROTECÇÃO
- RESPIRADOR DE PARTÍCULAS (P1)

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

CONTACTO

CONTACTO DIRECTO

TRANSMISSÃO

CONTACTO INDIRECTO



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

CONTACTO

PROFISSIONAL

EPI'S

- LUVAS E BATA NÃO ESTÉREIS

ADEQUADA
HIGIENIZAÇÃO
DAS MÃOS

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

CONTACTO

MATERIAIS E
EQUIPAMENTO

TODO O MATERIAL E EQUIPAMENTO (SE POSSÍVEL)
QUE ESTEJA EM CONTACTO COM O DOENTE DEVE SER
RIGOROSAMENTE LAVADO E DESINFECTADO APÓS
SAIR DA ÁREA DE ISOLAMENTO

LAVAGEM: ÁGUA E DETERGENTE

DESINFECÇÃO: ÁLCOOL 70°

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

DISPOSITIVOS
DE
PROTEÇÃO FACIAL

MÁSCARAS
CIRÚRGICAS

RESPIRADOR
DE
PARTÍCULAS

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

MÁSCARAS
CIRÚRGICAS

- MÁSCARA CIRÚRGICA DE PROCEDIMENTOS
- MÁSCARA CIRÚRGICA DE ALIQUIS
- MÁSCARA RESISTENTE A FLUIDOS
- MÁSCARA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIA

ISOLAMENTO

MÁSCARA
CIRÚRGICA

- EFB $\geq 98\%$

- $\Delta P \leq 3 \text{ mmH}_2\text{O/cm}^2$

SITUAÇÕES:

- CONTACTO COM DOENTES IMUNO-COMPROMETIDOS
- DOENÇA RESPIRATÓRIA DO PROFISSIONAL
- PROCEDIMENTO ASSÉPTICO
- ISOLAMENTO POR GOTÍCULA



* Norma Europeia EN 14683:2005

ISOLAMENTO

MÁSCARAS RESISTENTES A
FLUIDOS

- EFB $\geq 99\%$

- EFB $\geq 98\%$

- $\Delta P \leq 5 \text{ mmH}_2\text{O/cm}^2$

- RESISTÊNCIA A SALPICOS $\geq 120 \text{ mmHg}$

SITUAÇÕES:

- INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS OU PROCEDIMENTOS COM RISCO DE PROJEÇÃO DE FLUIDOS, POSSUINDO JÁ VISEIRA OU UTILIZANDO JUNTAMENTE COM ÓCULOS



* Norma Europeia EN 14683:2005

ISOLAMENTO

MÁSCARA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO "BICO DE PATO" PCM2000

- FFP $\geq 99\%$
- EFB $\geq 99\%$
- $\Delta P \leq 1,7 \text{ mmH}_2\text{O/cm}^2$
- AJUSTE FACIAL $\geq 98\%$



SITUAÇÕES:

- CONTACTO COM DOENTES IMUNO-COMPROMETIDOS E PARA DOENTES IMUNO-COMPROMETIDOS
- CONTACTO COM DOENTES COM ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS;
- DOENTE COM TP EM CIRCULAÇÃO

© Kimberly-Clark/Medina - Tercel (C) U.A.

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

CLASSIFICAÇÃO DOS RESPIRADORES E PARTÍCULAS (EN 149:2001)

	P1	P2 (N95)	P3
Fuga Interior	22%	8%	2%
Retenção Total	77%	92%	98%
Penetração Filtro	20%	6%	1%
Eficácia Filtração Partículas	80 - 93,99 %	94 - 98,99 %	$\geq 99\%$
Máx. Resist. Respir. a um fluxo de 95 l/min	21	24	31

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

SITUAÇÕES (P1):

PARA PROTECÇÃO EM CONTACTO COM DOENTES, COM INFECÇÕES EM QUE A TRANSMISSÃO É FEITA POR VIA AÉREA. (EX: TUBERCULOSE PULMONAR E LARÍNGEA, SARAMPO, VARICELA, ETC.)



SITUAÇÕES (P2):

PARA PROTECÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM SITUAÇÕES EPIDÉMICAS, DE ALTO RISCO DE CONTÁGIO (EX: S.R.A., GRIPE DAS AVES, TP MULTIRRESISTENTE E XDR TB, ETC.).



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

UTENTE

- PODERÁ SER UTILIZADO EM CASOS DE TP MULTIRRESISTENTE OU XDRTP (P1);
- ISOLAMENTO DE PROTECÇÃO (P1)



MEDIDAS DE ISOLAMENTO



MEDIDAS DE ISOLAMENTO

RECOMENDAÇÕES

- SELECIONAR O TIPO DE PROTECÇÃO DE ACORDO COM O PROCEDIMENTO A REALIZAR, TIPO DE VIA DE TRANSMISSÃO E OBJECTIVO;

- COBRIR TOTALMENTE NARIZ E BOCA DE ACORDO COM AS INDICAÇÕES DO FABRICANTE;

- SUBSTITUIR SEMPRE QUE SE ENCONTREM CONDENSADOS OU APÓS 8H DE UTILIZAÇÃO CONTÍNUA

MEDIDAS DE ISOLAMENTO

• BIBLIOGRAFIA

- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR, Recomendação n.º 1/2002, ISOLAMENTO
- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR, Recomendação n.º 1/2002, Precauções Básicas
- Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007
- Manual da Comissão de Controlo de Infecção do HPV e HSM
- Poster sobre "Protecção Respiratória para a Prevenção da Transmissão de Agentes Biológicos", HPV
- Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital UM GUIA PRÁTICO; FNCI, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; CCI do HPV
- "Protegem as Pessoas", DISPOSITIVOS DE PROTECÇÃO FACIAL HPV, apresentação da Factor Plus SA
- Quadro de Referência Rápida, para o uso de EPI's, do INSR
- RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLO DO AMBIENTE – PRINCÍPIOS BÁSICOS; FNCI, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; CCI do HPV
- RECOMENDAÇÕES PARA AS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO PRECAUÇÕES BÁSICAS E DEPENDENTES DAS VIAS DE TRANSMISSÃO; FNCI, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; CCI do HPV

ANEXO X

TABELA DE EPI'S



EPI'S E SUA UTILIZAÇÃO

TABELA DE EPI'S São

EPI VIA	USO DE MÁSCARA	USO DE BATA	USO DE LUVAS	USO DE EPI DURANTE O TRANSPORTE	
				UTENTE	PROFISSIONAL
CONTACTO	NÃO Excepção quando se prevê a ocorrência de salpicos	SIM	SIM	-	Bata e luvas no contacto com o doente
GOTÍCULAS	SIM No contacto a menos de 1m do utente	NÃO*	NÃO*	Máscara Cirúrgica	Máscara Cirúrgica de alta filtração
VIA AÉREA	SIM Respiradores	NÃO	NÃO	Máscara Cirúrgica de alta filtração ou P1	Máscara Cirúrgica de alta protecção ou P1 ou P2

* Apenas no contacto directo ou com o doente a menos de 1m

ANEXO XI

TABELA DE PROTECÇÃO RESPIRATÓRIA



PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA

PROFISSIONAL

MÁSCARAS CIRÚRGICAS CLASSE II

SITUAÇÕES:

CONTACTO COM DOENTES IMUNO-COMPROMETIDOS;

DOENÇA RESPIRATÓRIA DO PROFISSIONAL
PROCEDIMENTO ASSÉPTICO

ISOLAMENTO POR GOTÍCULA, EX: Gripe,
Meningite Meningocócica



MÁSCARA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO "BICO DE PATO" PCM2000

SITUAÇÕES:

CONTACTO COM DOENTES IMUNO-COMPROMETIDOS

CONTACTO COM DOENTES COM
ISOLAMENTO POR GOTÍCULAS,
EX: Legionella Pneumophila,
Influenza vírus (gripe), Rubéola

MÁSCARAS RESISTENTES A FLUIDOS

SITUAÇÕES:

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS OU
PROCEDIMENTOS COM RISCO DE
PROJEÇÃO DE FLUIDOS



RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

P1

SITUAÇÕES:

PROTECÇÃO EM CONTACTO COM
DOENTES, COM INFECÇÕES EM QUE A
TRANSMISSÃO É FEITA POR VIA AÉREA,
EX: Tuberculose pulmonar e laríngea,
Sarampo, Varicela

P2

SITUAÇÕES:

PROTECÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM
SITUAÇÕES EPIDÉMICAS, DE
ALTO RISCO DE CONTÁGIO (EX: S.R.A.,
Gripe das aves, TP Multirresistente)

UTENTE

MÁSCARA CIRÚRGICA CLASSE II

ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO

• Tuberculose, Infecções
Respiratórias, Gripe, Sarampo,
Varicela, etc.) - Com Elástico.

MÁSCARA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO ("BICO DE PATO")

ISOLAMENTO DE PROTECÇÃO

• Doentes imuno-comprometidos

ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO

• Tuberculose pulmonar e laríngea;
• SARS;
• Gripe das Aves;
• Sarampo;
• Varicela.

RESPIRADOR DE PARTÍCULAS

ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO: P1
ou P2

• Tuberculose pulmonar e laríngea
multirresistente

ANEXO XII

TABELA DE PATOLOGIAS COM

PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO



PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

DOENÇA	TIPOS DE MEDIDAS	OBSERVAÇÕES
ANTRAX	B	Doentes infectados geralmente não representam risco de contágio
• Cutânea	B	A transmissão através de zonas com solução da integridade cutânea, quando sangrante, é possível. A higiene das mãos deve ser feita com água corrente e sabão já que as soluções alcoólicas não são esporiciadas
• Pulmonar	B	Não transmissível de pessoa para pessoa
BOTULISMO	B	Não transmissível de pessoa para pessoa
CLOSTRIDIUM		
• <i>C. botulinum</i>	B	Não transmissível de pessoa para pessoa
• <i>C. difficile</i>	B+C	
DENGUE	D	Não transmissível de pessoa para pessoa
DIFTERIA		
• Cutânea	B+C	
• Faringea	B+G	
GASTROENTERITES	B	
• Colera (<i>Vibrio cholerae</i>)	B	Medidas de isolamento de contacto em doentes que usem fraldas ou incontinentes
• <i>C. difficile</i>	C	Preferível lavagem mecânica das mãos com água e sabão, devido à presença de esporos e à inatividades das soluções de SABA
• <i>E. coli</i>	B	Medidas de isolamento de contacto em doentes que usem fraldas ou incontinentes
• <i>Salmonella species</i>	R	
• Viral	B	
HEPATITE (VIRAL)		
• A	D	Medidas de isolamento de contacto em doentes que usem fraldas ou incontinentes
• B;C:D:E:G	B	
HERPES SIMPLEX (<i>Herpesvirus hominis</i>)		





PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

<ul style="list-style-type: none"> • Encefalite • Mucosa 	B B+C	
HERPES ZOSTER (varicella-zoster)		
<ul style="list-style-type: none"> • Quando disseminada em qualquer paciente • Quando localizada num doente imuno comprometido • Quando em doentes sem défices no sistema imunitário e com lesões que podem ser cobertas/contidas 	B+A+C	
HIV	B	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (com ou sem cateter vesical) não MMR	B	
INFLUENZA		
<ul style="list-style-type: none"> • Humana (sazonal) • Aviarial • Pandemia 	B+G U+G+A B+C+A	
LEGIONELA	B	Não transmissível de pessoa para pessoa
LEPRA	B	Dependendo do tipo de lepra pode ser também por contacto
LEPTOSPIROSE	B	Não transmissível de pessoa para pessoa
MALÁRIA	B	Não é transmitida de pessoa para pessoa, exceto através de transfusão. Use repelente e roupas para cobrir extremidades
RUBÉOLA	A	
MENINGITE		
<ul style="list-style-type: none"> • Aseptica (não viral ou bacteriana) • Bacteriana, gram-negativa, nos neonatos • Fúngica • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Neisseria meningitidis</i> (meningocócica) • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>M. tuberculosis</i> 	B B B B+G B+G B B	
Actualmente, quando existe doença pulmonar activa ou lesões		





PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

		cutâneas drenantes, pode ser necessário adicionar medidas por Contacto e/ou Via Aérea
MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (infecção ou colonização) Ex: MRSA, VRE, VISA/VRSA, ESBLs, S. pneumoniae resistente	B+C	
PNEUMONIA		
• Adenovirus	H+(G+C)	
• <i>R. cepacia</i> em doentes com fibrose cística, inclusive colonização do trato respiratório	B+C	
• <i>Chlamydia</i>	B	
• Fungica	R	
• <i>Haemophilus influenzae</i> , tipo b, adultos	B	
• <i>Legionella spp.</i>	B	
• Meningococica	G+C	
• <i>Mycoplasma</i>	G+C	
• Pneumonia pneumococica	R	Medidas de isolamento por gotículas se houver evidência de transmissão de paciente/paciente ou na unidade
• <i>Streptococcus</i> , grupo A	G+C	Medidas de isolamento por contacto se existirem lesões cutâneas
• Viral	B	
Severe acute respiratory syndrome (SARS)	H+C+G+A	Preferível medidas de isolamento de via aérea : N95=P2 ou proteção respiratória de eficácia superior. Óculos ou viseira quando a procedimentos como aerosóis ou aspiração de secreções
STAPHYLOCOCCAL (S aureus)		
• Pele, feridas ou queimaduras Major Minor ou limitada	B+C B D	
• Enterocolitis		
• MRSA	B+C	





PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE TRANSMISSÃO

• Pneumonia		
SIFILIS		
• Latente ou em em doentes seropositivos sem lesões	H	
• Pele e mucosas	B	
SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO (<i>Staphylococcus, streptococcus</i>)	B	Isolamento por Gotículas nas primeiras 24h após a implementação de antibiótoterapia, se a etiologia for de <i>Streptococcus grupo A</i>
TOSSE CONVULSA	B+G+C	
TUBERCULOSE		
• Extra-pulmonar (lesão drenante)	D+C+A	
• Extra-pulmonar (sem lesão drenante ex meningite)	B	
• Pulmonar ou Laringia (confirmada ou suspeita)	A	
FEBRE TIFOIDE (<i>Salmonella typhi</i>)	B	Medidas de isolamento de contacto em doentes que usem fraldas ou incontinentes
FEBRE HEMORRÁGICA VIRAL (ex: Tassa, Ebola, Marburg, Crimean-Congo)	R+C+G	Uso de barreiras protectoras para sangue e fluidos corporais (máscara com viseira ou óculos). Máscara Cirúrgica PCM2000 ou superior. Grande carga viral na fase final da doença, quando a hemorragia pode ocorrer
VARICELA	B+C+A	
VARIOLA	D+C+A	



ANEXO XIII

SIMPÓSIO “A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IACS”

DIPLOMA

Certifica-se que

José Filipe Ali-Can

participou no Simpósio ASP,
“A Importância da Prevenção e Controlo das IACS”,
que decorreu no Hotel Olisippo Oriente, em Lisboa,
no dia 8 de Outubro de 2010.

Lisboa, 8 de Outubro



Jaime Alves
ASP Iberia
Senior Product Manager

ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

a **Johnson & Johnson** company



Protecting Lives Against Infection™